

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du jeudi 6 juin 2019

(100^e jour de séance de la session)



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-MARC GABOUTY

Secrétaires :

Mme Catherine Deroche, M. Victorin Lurel.

1. **Procès-verbal** (p. 8036)
2. **Modification de l'ordre du jour** (p. 8036)
3. **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. 8036)

Article 8 (*suite*) (p. 8036)

Amendement n° 310 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 667 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Adoption.

Amendements identiques n° 71 rectifié *ter* de Mme Brigitte Micouleau, 112 rectifié *ter* de Mme Florence Lassarade et 492 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait de l'amendement n° 71 rectifié *ter*, les amendements n° 112 rectifié *ter* et 492 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 588 de M. Michel Amiel. – Retrait.

Amendements identiques n° 372 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin et 720 rectifié de Mme Sabine Van Heghe. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 585 de M. Michel Amiel. – Adoption.

Amendement n° 716 rectifié de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Amendement n° 774 rectifié de M. Daniel Gremillet. – Rejet par scrutin public n° 141.

Amendement n° 356 rectifié de Mme Maryse Carrère. – Rejet par scrutin public n° 142.

Amendement n° 614 rectifié de Mme Nadia Sollogoub. – Retrait.

Amendement n° 311 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet par scrutin public n° 143.

Amendement n° 719 rectifié de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Amendement n° 775 rectifié de M. Daniel Gremillet. – Rejet par scrutin public n° 144.

Amendement n° 717 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 182 rectifié de M. Joël Bigot. – Rejet.

Amendement n° 57 rectifié de Mme Sylviane Noël. – Retrait.

Amendement n° 252 de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Amendement n° 718 rectifié de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Amendements identiques n° 210 rectifié *bis* de Mme Martine Berthet et 703 de M. Yves Daudigny. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 95 rectifié de M. Rachid Temal. – Rejet.

Suspension et reprise de la séance (p. 8059)

PRÉSIDENTE DE M. GÉRARD LARCHER

4. **Allocution de M. le président du Sénat** (p. 8059)

5. **Communications du Gouvernement** (p. 8060)

6. **Questions d'actualité au Gouvernement** (p. 8060)

PROJET DE FUSION RENAULT-FIAT-CHRYSLER (p. 8060)

M. Dany Wattebled; M. Bruno Le Maire, ministre de l'économie et des finances.

SITUATION POLITIQUE EN NOUVELLE-CALÉDONIE (p. 8061)

M. Pierre Frogier; Mme Annick Girardin, ministre des outre-mer.

REPRISE D'ASCOVAL (p. 8062)

Mme Valérie Létard; Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances.

DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DU DON EN FRANCE (p. 8062)

M. Bernard Buis; M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse.

HAUSSE DES TARIFS D'ÉLECTRICITÉ (p. 8063)

M. Henri Cabanel; M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

PROJET DE FERMETURE DU TRAIN DE FRET PERPIGNAN-RUNGIS (p. 8064)

M. Pascal Savoldelli; M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire; M. Pascal Savoldelli.

AVENIR ET MOYENS DU MINISTÈRE DU SPORT (p. 8065)

M. Gilbert-Luc Devinaz ; Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports.

SITUATION DES PETITES LIGNES FERROVIAIRES (p. 8066)

M. Jacques Genest ; M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire ; M. Jacques Genest.

DÉREMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS HOMÉOPATHIQUES (p. 8067)

M. Yves Détraigne ; Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé.

PRÉDATION DE L'OURS (p. 8068)

Mme Maryse Carrère ; M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire ; Mme Maryse Carrère.

DIFFICULTÉS DES MISSIONS LOCALES (p. 8069)

Mme Sabine Van Heghe ; M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement.

PLAN FRANCE TRÈS HAUT DÉBIT (p. 8069)

M. Patrick Chaize ; Mme Jacqueline Gourault, ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales.

POLITIQUE ÉCONOMIQUE DE LA FRANCE (p. 8070)

M. Jérôme Bascher ; Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances ; M. Jérôme Bascher.

Suspension et reprise de la séance (p. 8071)

PRÉSIDENCE DE M. DAVID ASSOULINE

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. 8071)

Article 8 (*suite*) (p. 8071)

Amendement n° 217 rectifié de Mme Corinne Féret. – Retrait.

Amendement n° 312 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 218 rectifié de Mme Corinne Féret. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 8 (p. 8073)

Amendement n° 174 rectifié de M. Roger Karoutchi. – Retrait.

Amendement n° 406 rectifié de M. Jean-Pierre Sueur. – Rejet.

Article 9 (p. 8074)

M. Yves Daudigny

Amendements identiques n° 320 de Mme Laurence Cohen et 704 de M. Bernard Jomier. – Rejet des deux amendements.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 9 (p. 8076)

Amendement n° 761 de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Article 10 (p. 8078)

Mme Laurence Cohen

M. Dominique Théophile

M. Yves Daudigny

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales

Mme Véronique Guillotin

Mme Élisabeth Doineau

M. Jean-Louis Tourenne

M. René-Paul Savary

Amendement n° 319 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 469 du Gouvernement. – Rejet.

Amendement n° 235 rectifié *bis* de M. Alain Marc. – Retrait.

Amendement n° 670 rectifié *bis* de Mme Brigitte Micou-leau. – Retrait.

Amendement n° 470 du Gouvernement. – Rejet.

Amendement n° 531 rectifié de M. Patrice Joly. – Rejet.

Amendement n° 196 rectifié de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Retrait.

Amendement n° 398 rectifié de M. Stéphane Piednoir. – Retrait.

Amendement n° 534 rectifié *bis* de M. Jean-Pierre Decool. – Retrait.

Amendement n° 684 de M. Joël Bigot. – Retrait.

Amendement n° 663 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Adoption.

Amendement n° 535 rectifié de M. Jean-Pierre Decool. – Retrait.

Amendement n° 321 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 471 du Gouvernement. – Rejet.

Amendement n° 197 rectifié de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Retrait.

Amendement n° 403 rectifié de M. Mathieu Darnaud. – Rejet.

Amendement n° 472 du Gouvernement. – Adoption.

Amendements identiques n°s 278 de Mme Laurence Cohen et 631 rectifié de Mme Nadia Sollogoub. – Rejet de l'amendement n° 278, l'amendement n° 631 rectifié n'étant pas soutenu.

Adoption de l'article modifié.

Suspension et reprise de la séance (p. 8090)

Article additionnel après l'article 10 (p. 8090)

Amendement n° 261 rectifié *ter* de M. Bernard Bonne. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 10 *bis* A – Adoption. (p. 8090)

Article additionnel après l'article 10 *bis* A (p. 8090)

Amendement n° 740 rectifié de M. Jean-Pierre Sueur. – Rejet.

Article 10 *bis* (p. 8091)

Amendement n° 706 de Mme Laurence Rossignol. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 10 *ter* (*supprimé*) (p. 8092)

Amendement n° 279 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 632 rectifié de Mme Nadia Sollogoub. – Non soutenu.

Amendement n° 467 du Gouvernement. – Rejet.

L'article demeure supprimé.

Article 10 *quater* (*nouveau*) (p. 8092)

Amendement n° 804 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 10 *quinquies* (*nouveau*) (p. 8093)

Amendement n° 473 du Gouvernement. – Rejet.

Amendement n° 721 rectifié de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 10 *quinquies* (p. 8094)

Amendement n° 156 rectifié *ter* de M. Michel Vaspert. – Rejet.

Article 11 (p. 8094)

M. Alain Milon, rapporteur

M. Dominique Théophile

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Amendement n° 322 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 33 rectifié *bis* de M. Bernard Bonne. – Adoption.

Amendement n° 468 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 805 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 806 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 324 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendements identiques n°s 219 rectifié *bis* de Mme Martine Berthet et 649 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 280 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 323 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 399 rectifié de M. Stéphane Piednoir. – Retrait.

Amendement n° 563 de M. Dominique Théophile. – Rejet.

Amendement n° 124 rectifié *bis* de Mme Catherine Deroche. – Retrait.

Amendement n° 650 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Rejet.

Amendements identiques n°s 722 rectifié de Mme Nadine Grelet-Certenais et 780 rectifié *bis* de Mme Corinne Imbert. – Retrait de l'amendement n° 780 rectifié *bis*; rejet de l'amendement n° 722 rectifié.

Amendement n° 723 rectifié de Mme Nadine Grelet-Certenais. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 11 (p. 8106)

Amendement n° 448 de M. Victorin Lurel. – Retrait.

Amendement n° 707 de Mme Martine Filleul. – Retrait.

Amendement n° 91 rectifié de M. René-Paul Savary. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 11 *bis* A (p. 8108)

Amendement n° 325 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 11 *bis* – Adoption. (p. 8108)

Articles additionnels après l'article 11 *bis* (p. 8109)

Amendement n° 708 de Mme Sophie Taillé-Polian. – Rejet.

Amendement n° 226 de Mme Sophie Taillé-Polian. – Non soutenu.

Article 12 A (*nouveau*) (p. 8110)

M. Alain Milon, rapporteur

Amendement n° 807 de la commission et sous-amendement n° 825 du Gouvernement. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié rédigeant l'article.

Suspension et reprise de la séance (p. 8112)

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE DALLIER

8. **Mises au point au sujet de votes** (p. 8113)

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. 8113)

Article 12 (p. 8113)

Amendement n° 327 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 725 de Mme Nadine Grelet-Certenais. – Rejet.

Amendement n° 574 de M. Dominique Théophile. – Retrait.

Amendement n° 577 de M. Dominique Théophile. – Retrait.

Amendement n° 326 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 183 rectifié de M. Joël Bigot. – Rejet.

Amendement n° 736 de Mme Nadine Grelet-Certenais. – Retrait.

Amendement n° 572 de M. Dominique Théophile. – Retrait.

Amendement n° 808 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 595 de M. Dominique Théophile. – Rejet.

Amendement n° 809 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 754 de Mme Nadine Grelet-Certenais. – Devenu sans objet.

Amendement n° 724 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 407 de M. Jean-Pierre Grand. – Non soutenu.

Amendements identiques n°s 109 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade et 575 de M. Dominique Théophile. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 527 rectifié de M. Patrice Joly. – Retrait.

Mme Laurence Cohen

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 12 (p. 8121)

Amendement n° 573 de M. Dominique Théophile. – Retrait.

Article 12 *bis* – Adoption. (p. 8121)

Article additionnel après l'article 12 *bis* (p. 8121)

Amendements identiques n°s 34 rectifié *bis* de M. Bernard Bonne et 164 rectifié *bis* de M. Gérard Dériot. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Articles 12 *ter* A et 12 *ter* – Adoption. (p. 8122)

Article 12 *quater* (p. 8122)

Amendement n° 726 rectifié de Mme Nadine Grelet-Certenais. – Rejet.

Amendement n° 591 de M. Michel Amiel. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 12 *quinquies* (p. 8123)

Mme Michelle Gréaume

Amendement n° 596 de M. Dominique Théophile. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 12 *sexies* (*nouveau*) (p. 8124)

Amendement n° 213 rectifié *bis* de Mme Martine Berthet. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 13 (p. 8124)

Mme Laurence Cohen

M. Dominique Théophile

M. Yves Daudigny

M. Marc Laménie

Amendements identiques n°s 123 rectifié *bis* de Mme Chantal Deseyne et 382 rectifié *bis* de M. Vincent Delahaye. – Retrait de l'amendement n° 382 rectifié *bis*; rejet de l'amendement n° 123 rectifié *bis*.

Amendement n° 205 rectifié de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Retrait.

Amendement n° 111 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade. – Retrait.

Amendement n° 214 rectifié *ter* de Mme Martine Berthet. – Retrait.

Amendement n° 184 rectifié de M. Joël Bigot. – Retrait.

Amendement n° 427 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de l'aménagement du territoire et du développement durable. – Rejet.

Amendement n° 528 rectifié de M. Patrice Joly. – Retrait.

Amendement n° 11 rectifié *bis* de Mme Élisabeth Doineau. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 13 (p. 8130)

Amendement n° 737 de Mme Nadine Grelet-Certenais. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 526 rectifié *bis* de M. Patrice Joly. – Devenu sans objet.

Article 13 *bis* (p. 8131)

Amendement n° 750 de Mme Victoire Jasmin. – Rejet.

Amendement n° 520 rectifié de Mme Victoire Jasmin. – Retrait.

Amendement n° 428 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de l'aménagement du territoire et du développement durable. – Rejet.

Amendements identiques n° 186 rectifié de M. Joël Bigot et 381 rectifié de M. Vincent Delahaye. – Rejet des deux amendements.

Adoption de l'article.

Article 14 (p. 8133)

Amendement n° 237 rectifié *bis* de M. Alain Marc. – Non soutenu.

Amendement n° 476 rectifié du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 600 de M. Dominique Théophile et sous-amendement n° 829 du Gouvernement. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 14 (p. 8135)

Amendement n° 770 rectifié *ter* de Mme Catherine Deroche. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 15 (p. 8136)

Amendement n° 810 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 328 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article 16 (p. 8138)

Amendement n° 329 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 16 (p. 8139)

Amendement n° 330 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 331 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 519 de M. Jean-Claude Tissot. – Rejet.

Article 17 – Adoption. (p. 8140)

Article 17 *bis* (*supprimé*) (p. 8141)

Amendement n° 624 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

L'article demeure supprimé.

Article 17 *ter* – Adoption. (p. 8141)

Article additionnel après l'article 17 *ter* (p. 8141)

Amendement n° 625 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 348 rectifié *ter* de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Article 18 (p. 8144)

Amendement n° 78 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendement n° 40 rectifié *ter* de Mme Viviane Malet. – Retrait.

Amendement n° 482 du Gouvernement. – Adoption.

Amendements identiques n° 42 rectifié de Mme Viviane Malet et 739 de M. Jean-Pierre Sueur. – Retrait de l'amendement n° 42 rectifié, l'amendement n° 739 devenant sans objet.

Amendement n° 738 de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Amendements identiques n° 85 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller et 565 de M. Michel Amiel. – Adoption de l'amendement n° 565, l'amendement n° 85 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 134 rectifié de M. Jean Sol. – Devenu sans objet.

Amendement n° 79 rectifié *quater* de M. Philippe Mouiller. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 344 de Mme Laurence Cohen, 612 rectifié *bis* de M. Jean-François Husson et 686 de M. Jean-Claude Tissot. – Adoption des trois amendements.

Amendements n° 80 rectifié *bis*, 81 rectifié *ter*, 82 rectifié *ter* et 83 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller. – Non soutenus.

Amendement n° 234 rectifié *bis* de Mme Laurence Harribey. – Retrait.

Amendement n° 603 rectifié de M. Dominique Théophile. – Adoption.

Amendement n° 281 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 811 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 158 rectifié *bis* de M. Bernard Bonne. – Adoption.

Amendement n° 486 du Gouvernement. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 18 (p. 8153)

Amendements identiques n° 167 rectifié de M. Gérard Dériot et 508 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 567 de M. Thani Mohamed Soilihi. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 566 de M. Thani Mohamed Soilihi. – Rejet.

Article 18 *bis* – Adoption. (p. 8155)

Articles additionnels après l'article 18 *bis* (p. 8156)

Amendement n° 633 rectifié de Mme Nadia Sollogoub. – Non soutenu.

Amendement n° 18 rectifié de Mme Élisabeth Doineau. – Retrait.

Amendement n° 19 rectifié de Mme Élisabeth Doineau. – Retrait.

Renvoi de la suite de la discussion.

10. Ordre du jour (p. 8157)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-MARC GABOUTY

vice-président

Secrétaires :

Mme Catherine Deroche,
M. Victorin Lurel.

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à dix heures quarante-cinq.)

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

MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR

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

Acte est donné de cette demande.

3

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°s 515 et 516).

Dans la discussion du texte de la commission, nous en sommes parvenus, au sein de l'article 8 du chapitre II du titre II, à l'amendement n° 310.

TITRE II (SUITE)

CRÉER UN COLLECTIF DE SOINS AU SERVICE DES PATIENTS ET MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES

Chapitre II (suite)

DÉVELOPPER UNE OFFRE HOSPITALIÈRE DE PROXIMITÉ, OUVERTE SUR LA VILLE ET LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL, ET RENFORCER LA GRADATION DES SOINS

Article 8 (suite)

- 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, propo-

sent, 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.

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

L'amendement n° 310, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après le mot :

hospitaliers

supprimer la fin de cet alinéa.

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Il s'agit d'un amendement de repli visant à supprimer la mention concernant la nouvelle définition des hôpitaux de proximité, et notamment la réorientation des patients, « 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 ».

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

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

Je vous rappelle que, à l'automne dernier, lors de l'examen du budget de la sécurité sociale, le député En Marche Olivier Véran, a fait adopter un amendement expérimentant une incitation financière pour que les services d'urgences réorientent les patients vers les soins de ville dans la mesure du possible.

Nous avons vraiment l'impression que les solutions du Gouvernement à la crise de nos hôpitaux, à force de proposer des panneaux de redirection, vont nous mener dans l'impasse.

M. le président. L'amendement n° 667 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Requier, Roux et Vall, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2, dernière phrase

Supprimer les mots :

et en complémentarité avec ces acteurs

et les mots :

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

II. – Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

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

Ainsi, nous proposons de repositionner cette exigence au sein des missions partagées des hôpitaux de proximité avec les autres acteurs de santé du territoire. Il est en effet essentiel que la contribution des hôpitaux de proximité sur ces sujets se fasse en cohérence avec les projets des communautés professionnelles territoriales de santé.

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

M. le président. Les trois amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 71 rectifié *ter* est présenté par Mmes Micouleau, A.M. Bertrand et Bonfanti-Dossat, MM. Brisson, Chatillon, Cuypers, Danesi et Decool, Mmes Delmont-Koropoulis et Estrosi Sassone, MM. B. Fournier, Gremillet, Guerriau, Houpert et Laménie, Mme Lamure, M. Lefèvre, Mme Lherbier et MM. Mandelli, Meurant, Morisset, Poniatowski, Rapin et Sido.

L'amendement n° 112 rectifié *ter* est présenté par Mmes Lassarade et Deseyne, MM. Pellevat et Vogel, Mmes Puissat et Gruny, MM. Panunzi et Sol, Mmes Deromedi, Morhet-Richaud, Bruguière, Chain-Larché et Thomas, M. Genest, Mme Lopez, MM. Mouiller, Piednoir, Pointereau et Bouloux et Mme L. Darcos.

L'amendement n° 492 rectifié *bis* est présenté par MM. Chasseing, Fouché, Lagourgue et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville et Wattebled, Mme Noël et MM. Nougain, Longeot et Bonhomme.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

I. – Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

II. – Alinéa 7

Après le mot :

imagerie

insérer les mots :

, de télésanté

La parole est à Mme Brigitte Micouleau, pour présenter l'amendement n° 71 rectifié *ter*.

Mme Brigitte Micouleau. Les hôpitaux de proximité sont envisagés comme plateforme de rencontre entre les professionnels de santé de ville et ceux de l'hôpital, au service d'une population du territoire.

Si le présent article 8 précise bien le cadre d'intervention global de ces établissements, il ne fait pas mention explicitement du rôle majeur que pourront avoir les hôpitaux de proximité en matière de continuité et de permanence des soins, en complémentarité de l'offre libérale, sur les territoires.

Le présent amendement vise donc à préciser ces deux missions, considérées comme fondamentales par les usagers des services hospitaliers sur les territoires.

Par ailleurs, alors que le présent projet de loi consacre la notion de télésoins en complémentarité des actes de télémédecine, il n'est pas fait mention du rôle majeur que pourront avoir les hôpitaux de proximité en matière de télésanté. Ceux-ci doivent pouvoir être de véritables plateaux techniques pour la réalisation d'actes de télésanté, utilisables par tous les professionnels de santé du territoire.

Par cet amendement, il s'agit donc d'intégrer la télésanté comme mission pleine et entière des hôpitaux de proximité.

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

L'amendement n° 588, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Les hôpitaux de proximité doivent assurer la continuité et la permanence des soins. Pourquoi ces deux notions doivent-elles faire partie de leur mission ? Parce qu'il s'agit de proposer, quand c'est possible pour le patient, une première offre de soins pour tous les territoires et à tout moment. Nous n'opposons pas gradation des soins et permanence des soins, nous croyons que les deux notions fonctionnent ensemble.

En effet, c'est justement la gradation qui permet de proposer une offre de soins de premier recours au plus près des populations. Les hôpitaux de proximité assureront ce premier contact, avec les professionnels de santé de ville. Telle était d'ailleurs, madame la ministre, la philosophie qui présidait à votre volonté de partager les plateaux d'imagerie médicale entre praticiens libéraux et hospitaliers.

Par conséquent, afin d'assurer la cohérence de cette première offre de soins, nous souhaitons voir la permanence et la continuité figurer au rang des missions des hôpitaux de proximité.

Quant à l'indemnité de réorientation évoquée par Mme Michelle Gréaume à l'instant, je rappelle que l'amendement en question a été rejeté par le Sénat, qui a considéré qu'il s'agissait d'une fausse bonne idée du point de vue tant médical que financier.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

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

L'amendement n° 720 rectifié est présenté par Mme Van Heghe, MM. Daudigny et Jomier, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Rossignol, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérît-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.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 7

Après le mot :

imagerie

insérer les mots :

, de télésanté

La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 372 rectifié *bis*.

Mme Véronique Guillotin. Cet amendement vise à implanter dans chaque hôpital de proximité un plateau de e-santé.

La e-santé jouera un rôle majeur dans les années à venir. J'espère qu'une telle évolution se fera le plus rapidement possible, et ce pour deux raisons : moderniser les professions médicales et paramédicales et répondre au problème majeur de la désertification médicale.

Il est nécessaire d'adosser ce plateau aux hôpitaux de proximité, qui bénéficieront ainsi d'une plus-value. Par ailleurs, l'implantation dans un lieu unique permettra aux professionnels et aux patients de mieux identifier cet outil, dont les communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS, pourront s'emparer, afin de résister aux plateformes nationales.

M. le président. La parole est à Mme Sabine Van Heghe, pour présenter l'amendement n° 720 rectifié.

Mme Sabine Van Heghe. Dans ce projet de loi, il n'est pas fait mention du rôle majeur que pourront avoir les hôpitaux de proximité en matière de télésanté. Ceux-ci doivent pouvoir être de véritables plateaux techniques pour la réalisation d'actes de télésanté, utilisables par tous les professionnels de santé du territoire.

Le présent amendement suggéré par l'Uniopss, l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, et l'APF, l'Association des paralysés de France, vise donc à intégrer la télésanté dans le cadre des missions pleines et entières des hôpitaux de proximité.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, rapporteur. La commission est défavorable à l'amendement n° 310, qui revient sur un principe de base de la gradation des soins hospitaliers, à savoir l'orientation vers les structures les plus adaptées à la prise en charge des patients. Cela devra valoir également en sens inverse, pour que la prise en charge des patients se fasse au plus près de leurs besoins en proximité, dès lors que cela est compatible avec l'exigence de sécurité et la qualité des soins.

Une série d'amendements vise à préciser dans les missions de l'hôpital de proximité leur contribution à la permanence des soins et au développement de la télésanté. Sur le premier aspect, la rédaction adoptée en commission a permis de mettre en exergue la contribution indispensable des hôpitaux de proximité à la permanence des soins et à la continuité de la prise en charge, en complémentarité avec les professionnels de ville.

L'amendement n° 667 rectifié de Mme Guillotin me paraît le plus adapté : il précise la rédaction adoptée en commission, tout en inscrivant plus explicitement cette exigence dans les missions des hôpitaux de proximité. La commission a donc émis un avis favorable sur l'amendement n° 667 rectifié, qui

satisfait au moins pour partie des amendements n° 71 rectifié *ter* et 588, dont je demande le retrait. À défaut, je me verrai contraint d'émettre un avis défavorable.

Quant à la télésanté, elle me paraît déjà incluse dans l'activité générale de médecine. Toutefois, la commission ne voit pas d'obstacle à expliciter ce point. Elle s'en remet donc à la sagesse de la Haute Assemblée sur les amendements n° 372 rectifié *bis* et 720 rectifié.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. S'agissant de l'amendement n° 310, il paraît indispensable de maintenir la mission d'orientation des patients, qui permet le parcours de soins. Si un hôpital ne fait pas de chirurgie cardiaque et qu'un patient en a besoin, j'ose espérer que l'hôpital de proximité orientera correctement le patient ! Le Gouvernement est donc défavorable à cet amendement.

Le Gouvernement émet un avis favorable sur l'amendement n° 667 rectifié de Mme Guillotin. Il demande le retrait des amendements n° 71 rectifié *ter* et 588, au profit de l'amendement n° 667 rectifié de Mme Guillotin, dont la rédaction lui convient mieux.

Enfin, le Gouvernement est défavorable aux amendements n° 37 rectifié *bis* et 720 rectifié relatifs à la télémédecine. Même si nous attendons à l'évidence des hôpitaux de proximité qu'ils intègrent la télémédecine et le télésoin dans leurs activités, nous ne souhaitons pas rendre une telle évolution obligatoire. En effet, nous demandons aux CPTS de construire leur projet de e-santé. Elles doivent y intégrer les hôpitaux de proximité, mais en fonction de la capacité des acteurs. Il me paraît donc prématuré et peut-être même risqué d'imposer cela aux hôpitaux de proximité, d'autant que la e-santé repose sur des projets de territoire, menés en coopération sur des plateformes communes. Laissons donc les professionnels s'organiser !

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

Mme Laurence Cohen. Madame la ministre, ôtez-moi d'un doute ! Je pense qu'aujourd'hui, sans que ce soit obligatoirement écrit dans la loi, les hôpitaux orientent leurs patients vers les services qui sont les mieux adaptés à leur pathologie. Il n'y a là rien de nouveau !

L'amendement n° 310, comme l'a très justement dit ma collègue Michelle Gréaume, est un amendement de repli. En effet, comme je l'ai souligné hier, avec une gradation des soins reposant sur trois niveaux d'hôpitaux aux missions différentes, vous êtes en train de porter un coup extrêmement important à notre système de santé publique, en affaiblissant davantage ce qui en fait la colonne vertébrale, à savoir l'hôpital public.

En réalité, les hôpitaux de proximité serviront seulement à réorienter les patients, les éloignant encore plus d'un service de proximité. Par ailleurs, ils contribueront selon nous à la fuite des professionnels de santé.

Je le sais, nous sommes en profond désaccord. Vous justifiez votre politique par une démographie médicale en berne. Mais elle n'améliorera pas la situation ! Les ministres qui vous ont précédée ont appliqué la même politique au nom de la sécurité des patients. Nous voyons où nous en sommes aujourd'hui ! À un moment donné, quand les remèdes n'ont pas d'effets, on les change ! Mais on les change de fond en comble, ce que vous refusez de faire.

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

M. Michel Amiel. Madame Cohen, nous sommes effectivement en profond désaccord. À notre avis, l'hôpital de proximité répond parfaitement à ce qui est souhaité et souhaitable.

Je retire l'amendement n° 588 au profit de l'amendement n° 667 rectifié de Mme Guillotin, dont l'esprit est le même : il s'agit de rappeler le rôle essentiel de l'hôpital de proximité en première intervention.

Vous prétendez, madame Cohen, que de jeunes médecins n'auront pas envie d'aller travailler dans ce genre de structures. Personnellement, je suis convaincu du contraire, puisque, dans les zones rurales défavorisées en matière d'équipement, elles constitueront une aide considérable à leur mode d'exercice.

M. le président. L'amendement n° 588 est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame Cohen, je ne peux pas vous laisser dire ce que vous venez de dire ! Je procède à cette réorganisation non pas en raison de la démographie médicale, laquelle, nous le savons, est catastrophique, mais parce que la médecine est en train d'évoluer considérablement : elle s'est hyperspécialisée. C'est également ce qui fait la qualité, reconnue, de la médecine française. Il nous faut des plateaux techniques de plus en plus complexes. Ne laissons pas croire aux citoyens que nous sommes capables de faire toutes les activités dans tous les hôpitaux, avec des plateaux techniques et des compétences particulières. Dans les recommandations de la Haute Autorité de santé, de plus en plus de dispositifs et de procédures sont réservés à dix, vingt ou cinquante centres en France, avec la condition d'un seuil d'activité minimale de cent gestes par an par des professionnels formés, par exemple. Progressivement, notre médecine s'hyperspécialise. Le seul moyen de répondre à la qualité et aux compétences attendues est de graduer les soins, comme le font tous les pays industrialisés.

L'hôpital de proximité ne se contentera pas de réorienter les patients. Il répondra à des besoins très clairs des territoires. Un très grand nombre de pathologies pourront être prises en charge en proximité. Si vous avez une infection urinaire haute, une pyélonéphrite, et que vous avez besoin d'antibiotiques intraveineux, vous serez hospitalisée dans un hôpital de proximité, vous n'aurez pas besoin d'un hôpital de recours. Même chose pour l'exploration d'une fièvre. Cette organisation, bien au contraire, permettra au contraire de recréer des liens entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Dans un grand nombre de pays, les médecins généralistes de ville continuent à suivre leurs patients hospitalisés pour des pathologies courantes nécessitant par exemple des traitements intraveineux.

Nous proposons un modèle assurant à la fois la proximité, la revitalisation du territoire, une meilleure articulation entre la ville et l'hôpital et une assurance de la gradation des soins. En effet, les hôpitaux de proximité seront dans l'obligation de réorienter leurs patients vers un hôpital de recours, s'ils estiment ne pas être en capacité de faire un geste ou un acte.

Cela correspond à ce que je souhaite : que tous les patients français aient accès à la fois à une proximité et à une haute technicité et qualité.

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

M. Bernard Jomier. Madame la ministre, la gradation des soins, à laquelle nous sommes favorables, est de toute façon inscrite dans les pratiques, c'est l'une des règles de l'exercice du soin. Quand on n'est pas en capacité de prendre en charge, on transmet à un niveau plus spécialisé.

Conformément à l'objet du projet de loi, il paraît important de développer la gradation dans l'organisation des soins. Toutefois, le fait que vous rappeliez le principe de la gradation induit un doute – je ne sais pas si je me fais bien comprendre... Il semble en effet inutile de rappeler ce principe de gradation dans les pratiques, puisqu'il s'impose à tous les professionnels du soin.

Si nous sommes favorables au développement de la gradation dans l'organisation et la mise en place du réseau des hôpitaux de proximité, nous estimons que la précision introduite dans le texte et que Mme Cohen souhaite supprimer instille un doute sur vos intentions.

J'entends vos explications. Je le répète, l'imprécision du texte nourrit un débat, dans la mesure où l'on peut effectivement douter de l'objectif final.

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

Mme Véronique Guillotin. Je souhaite simplement expliquer la raison pour laquelle il me paraît important de faire apparaître la e-santé dans le cadre des missions des hôpitaux de proximité. C'est un outil de proximité majeur, qui permettra de résister aux plateformes nationales. Les professionnels pourront se l'approprier, sans pour autant être obligés de mettre en œuvre un projet dans les semaines ou les mois à venir.

M. le président. La parole est à Mme Brigitte Micouneau, pour explication de vote.

Mme Brigitte Micouneau. Je retire l'amendement n° 71 rectifié *ter* au profit de l'amendement n° 667 de Mme Guillotin.

M. le président. L'amendement n° 71 rectifié *ter* est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le président, finalement, le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat sur les amendements identiques n°s 372 rectifié *bis* et 720 rectifié relatifs à la e-santé. Sur ce point, je suis d'accord avec Mme Guillotin.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 310.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 667 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 372 rectifié *bis* et 720 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

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

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par les mots :

et les établissements publics de santé gérant des secteurs de psychiatrie

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Le fait d'introduire, comme nous venons de le faire pour la e-santé, dans la liste des missions des hôpitaux de proximité la psychiatrie ne révolutionnera probablement pas les choses.

J'ai eu souvent l'occasion de le rappeler, la psychiatrie est le parent pauvre de la médecine. Dans certaines zones du territoire, cette spécialité est véritablement sinistrée.

C'est la raison pour laquelle je souhaite introduire cette mention particulière. Si la psychiatrie est un acteur de santé tout à fait important, elle joue également un rôle en matière d'économies de santé dans le domaine de la prévention.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Le sujet introduit par Michel Amiel est évidemment essentiel, vous savez combien je suis attaché à la psychiatrie. Toutefois, cet amendement me semble déjà satisfait par la définition très large des coopérations entre l'hôpital de proximité et les autres acteurs.

Sur la forme, l'adoption de cet amendement rendrait l'article peu lisible.

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

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Sagesse.

M. le président. L'amendement n° 585 est-il maintenu, monsieur Amiel ?

M. Michel Amiel. À partir du moment où le Gouvernement émet un avis de sagesse, je ne retire pas cet amendement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 585.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 716 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 Bérît-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, Prévile et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 4

1° Remplacer le mot :

nécessaire

par les mots :

et une ligne d'hospitalisation de premier recours nécessaires

2° Remplacer les mots :

de leurs

par les mots :

des

II. – Alinéa 6

Après le mot :

prévention

insérer les mots :

, notamment en addictologie,

III. – Alinéa 7

1° Après le mot :

médecine

insérer les mots :

polyvalente, notamment de gériatrie,

2° Après les mots :

actes techniques

insérer les mots :

et des activités interventionnelles de jour,

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Cet amendement s'inspire des travaux du Hcaam, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans sa contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé, pour redéfinir les missions des établissements de santé, afin de répondre aux besoins d'une population vieillissante.

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

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

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

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les précisions apportées par M. Jomier dans son amendement ne bouleversent pas l'équilibre des missions des hôpitaux de proximité. Elles paraissent même pertinentes, quoique déjà incluses dans le champ plus large esquissé par le texte.

Il n'est sans doute pas utile d'énumérer dans la loi toutes les déclinaisons techniques et médicales des missions générales ici visées.

Cet amendement me donne d'ailleurs l'occasion de demander l'avis du Gouvernement sur le contour des missions futures des hôpitaux de proximité, au regard des propositions faites par le Hcaam.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les modifications que vise à introduire cet amendement et qui sont présentées comme rédactionnelles touchent en réalité au fond. Je souhaite donc vous apporter des réponses distinctes pour chacune d'elles.

La notion de « ligne d'hospitalisation de premier recours » peut faire l'objet de différentes interprétations, dans la mesure où elle ne possède pas une définition partagée ou reconnue. Par conséquent, je ne suis pas favorable à une telle adaptation de la rédaction de l'article.

Le II de cet amendement vise à introduire l'addictologie parmi les domaines couverts par la mission de prévention et de promotion de la santé. Or cette spécialité en fait déjà partie intégrante, au même titre que les dépistages et toutes les autres mesures de prévention. Il s'agit ainsi d'introduire une mission spécifique dans un domaine déjà couvert par les notions de prévention et de promotion de la santé. À l'évidence, si un hôpital de proximité a un public cible pour développer cette activité, il le fera. Si l'on inscrit une telle précision dans la loi, il conviendra d'énumérer toutes les autres spécialités. Je ne suis donc pas favorable à cette disposition.

Pour ce qui concerne l'introduction des notions de médecine polyvalente et de gériatrie parmi les activités obligatoires des hôpitaux de proximité, une telle précision est en réalité couverte par la notion d'activité de médecine, qui est entendue au sens du droit des autorisations.

Je le rappelle, le droit des autorisations parle de médecine, et non pas de médecine polyvalente. Il permet d'ores et déjà d'exercer l'activité de gériatrie. Nous préférons donc conserver le mot de médecine, qui est beaucoup plus englobant.

Enfin, s'agissant de la notion d'activité interventionnelle de jour, la notion d'« actes techniques » mentionnée à l'alinéa 7 que vous souhaitez amender recouvre notamment les activités interventionnelles. Ainsi, les hôpitaux de proximité, dans la rédaction actuelle qui vous est proposée, pourront pratiquer de telles activités dès lors qu'ils respecteront les conditions d'implantation et les techniques de fonctionnement de ces dernières.

Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à cet amendement.

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

M. Bernard Jomier. Nous sommes là au cœur des injonctions contradictoires que j'évoquais hier.

J'entends tout à fait la cohérence de votre raisonnement sur le fait de ne pas lister les activités, mais le texte tel qu'il est rédigé donne une définition extrêmement floue des hôpitaux de proximité. Je le redis, les grands principes, nous les partageons, mais nous ne pouvons pas accepter de les valider en en restant à cette définition extrêmement floue. L'hôpital de proximité est un maillon essentiel de l'offre de soins dans les territoires; il s'agit donc d'une question très politique pour eux.

Je comprends que, par cohérence, vous émettiez un avis défavorable sur cet amendement. Je ne suis absolument pas surpris. Mais nous ne pouvons pas accepter le projet que vous nous proposez, qui a le double défaut, je le répète, d'être flou et de renvoyer à une ordonnance.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. La rédaction que nous proposons n'est pas floue; elle est au contraire très précise et plus englobante. La notion d'activité de médecine recouvre la médecine que vous appelez « polyvalente » – mais cette notion n'existe pas dans le droit des autorisations –, la gériatrie et d'autres filières.

C'est volontairement que nous ne listons pas la totalité des spécialités. Pourquoi? Parce que nous passons notre temps à dire que chaque territoire a ses spécificités.

M. Alain Milon, rapporteur. Oui!

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est évident qu'un hôpital de proximité en banlieue parisienne, en Seine-Saint-Denis par exemple, aura besoin de déployer des activités spécifiques à destination de certains publics, qui ne sont pas les mêmes que dans la Creuse.

Nous souhaitons donc – nous l'assumons totalement – acter une certaine marge d'adaptation de ces hôpitaux à l'intérieur d'un socle commun de médecine. Il ne s'agit pas d'être flou, mais de laisser aux territoires les marges d'adaptation qu'ils nous demandent tous – tel est le sens du droit à la différenciation. Faisons confiance aux hôpitaux pour qu'ils répondent aux besoins de leurs territoires!

Là où nous écrivons « prévention », ce terme pourra se décliner sous forme d'addictologie dans certains territoires, de dépistage du cancer du col de l'utérus, de prévention du tabagisme ou que sais-je encore dans d'autres. Laissons chaque territoire s'adapter; nous couvrons l'ensemble des thématiques socles. Ce que nous faisons est donc parfaitement assumé.

Mme Laurence Rossignol. « J'assume », c'est le credo du Gouvernement!

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

M. René-Paul Savary. Merci, madame la ministre, de nous faire rêver avec les hôpitaux de proximité, mais attention à ce que le rêve ne tourne pas au cauchemar! À cet égard, je partage les doutes qui viennent d'être exprimés par mon collègue.

Il ne faudrait pas bercer les territoires d'illusions. Il va falloir des moyens financiers – on rejoint là la discussion dont les termes ont été brillamment exposés par le Dr Milon hier soir – et des moyens humains, ce qui nous renvoie cette fois aux propositions que nous vous avons faites pour installer davantage de médecins dans les territoires.

Dans cette affaire, on n'a entendu que les grands titres: suppression du *numerus clausus*! Mais, quand on creuse, on constate que les médecins ne seront pas forcément plus nombreux. Dans certaines universités, il risque même d'y en avoir moins.

On a entendu aussi: les hôpitaux de proximité répondront à tous les besoins. Un peu d'humilité! Je ne suis pas sûr qu'à moyens financiers et humains constants, on parvienne à transformer tout ça d'un coup de baguette magique.

Il faut certes de la simplification et de l'adaptation aux territoires – les services proposés doivent répondre aux préoccupations de nos concitoyens, et, cette exigence, nous la partageons aisément –, mais, de grâce, ne leur donnons pas d'illusions ! C'est pour cette raison que le recours aux ordonnances nous contrarie : nous aurions aimé que des spécificités par territoire soient inscrites dans la loi. Sur cette question, je pense qu'il aurait été possible de travailler de façon un petit peu plus consensuelle.

En tout cas, madame la ministre, n'hésitez pas à nous associer, nous, les représentants des territoires ; peut-être pourrions-nous vous rendre service là où il s'agit de faire en sorte que ces hôpitaux de proximité répondent bien à nos exigences. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, ainsi que sur des travées du groupe Union Centriste.*)

Mme Sylvie Goy-Chavent. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Pascal Savoldelli, pour explication de vote.

M. Pascal Savoldelli. Je m'associe aux propos des deux collègues qui m'ont précédé. J'avoue qu'il m'arrive souvent, ici, d'être un peu étonné de voir le Gouvernement essayer de nous diviser, de territoires à territoires – je le dis avec un peu de solennité, madame la ministre.

Le récit que vous faites de la spécialisation de chaque territoire est intéressant. Mais, par exemple, en Île-de-France, où je vis, vous fermez 1 200 lits de soins de longue suite. Est-ce une approche territoriale fine liée aux singularités locales ? Et pensez-vous qu'il y a là matière à ce que nous nous opposions les uns aux autres, avec mes collègues d'autres territoires de France où l'on ferme aussi des lits de soins de longue suite ? Par exemple, dans ma ville, Ivry-sur-Seine, à l'hôpital Charles-Foix, on ferme des lits de soins de longue suite. À Limeil-Brévannes, on en ferme également. Mais il ne me viendrait pas à l'idée d'opposer ces fermetures aux situations décrites par d'autres que moi, ici, quel que soit le département qu'ils représentent.

Ce sont les actes qui donnent du crédit aux paroles ! Il est vain de tenter de nous séduire en répétant « territorialisation ! », « territorialisation ! », « territorialisation ! » alors que va se poser la question de la relégation. Eh oui, l'hôpital connaîtra le même sort que le logement : on va déplacer et donc reléguer des gens !

M. Alain Milon, rapporteur. Mais non !

M. Pascal Savoldelli. Par ailleurs, madame la ministre – il faut l'assumer : c'est votre choix –, vous vous inscrivez dans une accélération de la captation de la médecine publique par la médecine libérale ou privée. Voilà quel projet, le vôtre, se niche derrière les grands mots de territorialisation et d'adaptation à la singularité de nos territoires – ici, dites-vous, on souffrirait davantage de maladies cardiaques ; là, on serait davantage concerné par l'immunologie, ailleurs par l'oncologie, par ceci ou par cela ! Ce n'est pas sérieux !

C'était une petite note d'humeur... (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, ainsi que sur des travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Je vais essayer, rapidement, de donner mon sentiment sur le sujet.

Nous vivons dans une société en profonde mutation, s'agissant tant des mentalités que de l'exercice même de la médecine. Nous avons pu constater, en travaillant sur ces questions, l'importance des mutations dans les mentalités des nouveaux médecins et étudiants en médecine par rapport aux anciens, dont nous faisons partie, les premiers ayant des exigences que nous n'avions pas et qu'il faut évidemment respecter.

Quant à l'évolution de la médecine, Mme la ministre a fort bien dit qu'elle nécessitait des changements importants dans la façon d'organiser le système de santé, au niveau des hôpitaux, en particulier, mais aussi au niveau des territoires et, plus globalement, de la proposition de soins qu'il est possible de faire aux populations. Or, de ce point de vue, si le Gouvernement avait fait ces propositions sur l'hôpital de proximité en s'abstenant de recourir aux ordonnances, nous aurions certes pu en discuter beaucoup plus, mais nous serions probablement arrivés au même résultat, à savoir qu'un hôpital de proximité doit avoir des missions générales, nationales, et des missions locales, territorialisées.

Certains problèmes qui se posent actuellement dans le Pas-de-Calais – nos collègues en ont suffisamment parlé – et dans les Hauts-de-France ne sont pas ceux que l'on peut rencontrer dans ma région, en Provence. Les propositions de soins qui doivent être faites dans le Pas-de-Calais et les spécialisations afférentes ne sont donc pas les mêmes qu'en Vaucluse, sur la Côte d'Azur, dans la Creuse ou dans l'Ariège, pour évoquer des départements que je connais.

Les propositions dont nous discutons sont certainement insuffisantes du point de vue du débat parlementaire ; mais elles sont suffisantes, sur le fond, en matière d'organisation territoriale de la santé. Il faut malheureusement que nous admettions le principe de l'ordonnance, puisque l'on ne peut pas faire autrement.

Ce principe étant posé, les missions doivent être définies de manière générale ; elles seront ensuite déclinées pour s'adapter aux problèmes de chaque territoire. L'avis de la commission est donc défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 716 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

L'amendement n° 774 rectifié, présenté par MM. Gremillet, Pierre, Raison, D. Laurent et Panunzi, Mmes Thomas, Chain-Larché et Deromedi, M. Pointereau, Mmes Garriaud-Maylam et Malet, MM. Brisson, Reichardt, Bonhomme et Karoutchi, Mme Lassarade et MM. de Nicolaÿ, Chatillon et Magras, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

II. – Alinéa 7

Supprimer les mots :

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

III. – Alinéa 8

Supprimer cet alinéa.

IV. – Alinéa 9

Après le mot :

postnatales

insérer les mots :

, des activités de chirurgie et d'obstétrique

La parole est à M. Daniel Gremillet.

M. Daniel Gremillet. Cet amendement s'inscrit dans la droite ligne du débat que nous avons eu très tôt ce matin. Nous avons été quelques-uns à proposer un amendement de suppression de l'article 8. J'ai finalement fait confiance au président de la commission – je pense qu'il avait parfaitement raison – et retiré mon amendement. Il s'agissait d'alerter sur la brutalité de la rédaction que nous soumet le Gouvernement, qui revient notamment à supprimer le débat parlementaire en demandant une habilitation par ordonnance.

Vu la situation, il faut écrire ce qui doit l'être. C'est pourquoi nous proposons, au travers de cet amendement, de bien cranter, au niveau des territoires, une présence et une capacité d'intervention.

Dire qu'à l'échelle des territoires doivent subsister des services d'urgences ou une capacité d'intervention chirurgicale n'est pas un gros mot ! Il ne s'agit pas de dire que tous ces hôpitaux doivent pratiquer l'ensemble des actes. Mais il est nécessaire de maintenir un minimum de présence dans les territoires, et il est tout aussi nécessaire de l'écrire.

Tel est le sens de cet amendement, dont l'adoption permettrait de construire une base pour qu'on puisse discuter, dans le cadre de la commission mixte paritaire notamment.

M. le président. L'amendement n° 356 rectifié, présenté par Mme M. Carrère, MM. Arnell, Artano, Cabanel, Castelli, Collin et Corbisez, Mme Costes, MM. Gold et Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 7

1° Remplacer les mots :

ou donnent accès à des

par le mot :

de

2° Remplacer les mots :

n'exercent pas d'activité de chirurgie ni

par les mots :

exercent des activités de chirurgie et

La parole est à M. Jean-Yves Roux.

M. Jean-Yves Roux. Cet amendement vise à ce que les hôpitaux de proximité disposent d'un plateau technique et puissent exercer des activités de chirurgie et d'obstétrique.

Comme l'a rappelé notre collègue Guillaume Arnell lors de la discussion générale, la fermeture de services de maternité dans certaines zones rurales risque d'aggraver la désertification médicale et d'accroître l'absence d'attractivité de ces territoires, qui sont de plus en plus isolés. Les maternités et, tout particulièrement, les services d'obstétrique doivent former un maillage serré sur le territoire.

M. le président. L'amendement n° 614 rectifié, présenté par Mme Sollogoub, M. Canevet, Mme Guidez, MM. Henno et Janssens, Mmes Vermeillet et C. Fournier, M. Moga, Mmes Férat et Perrot, M. Cazabonne et Mmes de la Provôté, Saint-Pé et Vullien, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Après le mot :

médicale

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

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

La parole est à Mme Nadia Sollogoub.

Mme Nadia Sollogoub. Je retire cet amendement au profit de celui de M. Gremillet, qui est plus complet.

M. le président. L'amendement n° 614 rectifié est retiré.

L'amendement n° 311 rectifié, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Remplacer les mots :

n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique par les mots :

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

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Contrairement à vous, madame la ministre, nous pensons qu'il est encore possible d'avoir partout un plateau technique de cardiologie ou de neurochirurgie.

Nous devons être ambitieux : plutôt que de réduire les services en fonction des moyens et au gré de la détérioration des infrastructures, et donc de la sécurité des patients, nous proposons de définir les hôpitaux de proximité en fonction des besoins actuels et futurs.

Comme l'a souligné ma collègue Laurence Cohen, nous proposons que chaque hôpital de proximité soit doté d'un service d'urgences ouvert en permanence.

Madame la ministre, vous allez certainement penser que je suis complètement obsédée par cette question, mais j'aimerais que vous puissiez m'assurer que, dans le Pas-de-Calais, à l'hôpital de Lens, le service d'urgences, qui est menacé, sera ouvert pendant les mois de juillet et d'août. Je voudrais avoir cette certitude, parce que, pour ce bassin d'emploi de plus de 250 000 habitants, la fermeture serait vraiment une catastrophe pour nos populations, que vous connaissez bien puisque vous êtes venue à Lens il n'y a pas longtemps. Je précise d'ailleurs que notre groupe est solidaire du mouvement des urgentistes, qui manifesteront aujourd'hui.

Pour en revenir à cet amendement, nous proposons, comme je le disais, que chaque hôpital de proximité soit doté d'un service d'urgences ouvert en permanence, mais aussi d'une maternité de niveau 1, de services de médecine et de chirurgie, de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées, en lien avec un réseau de centres de santé et avec la psychiatrie de secteur.

Notre conviction est que nous avons les moyens financiers de remettre les établissements aux normes de sécurité, de revaloriser les carrières et les rémunérations pour attirer les professionnels, d'améliorer les conditions de travail en recrutant des personnels soignants, des aides-soignants notamment, afin de garantir une excellence de proximité. L'excellence ne doit pas être réduite aux seuls services spécialisés, mais doit concerner l'ensemble de notre système de santé. Tels sont notre vision et notre projet.

M. le président. L'amendement n° 719 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, 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 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 7

Après le mot :

chirurgie

insérer les mots :

nécessitant la mise en œuvre des techniques d'anesthésie générale

La parole est à Mme Michelle Meunier.

Mme Michelle Meunier. L'objectif est encore une fois de mieux définir les hôpitaux de proximité dans le cadre de la gradation des soins, pour répondre au mieux aux besoins de la population et des bassins de vie.

Cet amendement vise à ce que les hôpitaux de proximité puissent exercer une activité dite de petite chirurgie. En effet, il est essentiel que les hôpitaux de proximité soient en mesure de proposer une offre de santé la plus complète possible aux publics qu'ils couvrent. S'il n'apparaît pas réaliste de permettre à chaque hôpital de proximité de disposer d'un service de réanimation, en raison du faible nombre d'opérations, il est néanmoins capital qu'ils puissent pratiquer des actes de chirurgie ne nécessitant pas le recours aux techniques d'anesthésie générale.

M. le président. L'amendement n° 775 rectifié, présenté par MM. Gremillet, Pierre, Raison, D. Laurent et Panunzi, Mmes Thomas, Chain-Larché et Deromedi, M. Pointereau, Mmes Garriaud-Maylam et Malet, MM. Brisson, Reichardt, Bonhomme et Karoutchi, Mme Lassarade et MM. de Nicolaj, Chatillon et Magras, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Après le mot :

postnatales

insérer les mots :

, des activités de chirurgie et d'obstétrique,

La parole est à M. Daniel Gremillet.

M. Daniel Gremillet. Cet amendement prolonge le précédent. Il ne s'agit pas d'opposer les hôpitaux de proximité et les autres hôpitaux, mais de préciser que nos territoires vont conserver une capacité d'intervention, en matière d'actes chirurgicaux notamment.

Le vide attire le vide et le monde attire le monde ! On ne peut pas, d'un côté, tenir le discours que nous tenons sur les réalités auxquelles nous sommes confrontés dans nos territoires et, de l'autre, ici, dans cet hémicycle, ne pas avoir le courage de défendre ces derniers jusqu'au bout.

Monsieur le rapporteur, encore une fois, je vous ai bien écouté hier. C'est pourquoi j'ai retiré l'amendement de suppression. Mais je pense, en l'occurrence, qu'il est nécessaire d'être courageux, de dire quels sont les services nécessaires pour nos territoires et de l'écrire dans le dur.

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

M. Alain Milon, rapporteur. J'ai peur de décevoir mes collègues. La commission est en effet défavorable à l'ensemble de ces amendements, même s'ils soulèvent des questions importantes, dont nous avons déjà parlé : quelles doivent être les missions des hôpitaux de proximité ? Ont-ils vocation à proposer l'ensemble des services hospitaliers ?

J'entends tout à fait l'exigence de proximité dans l'accès aux soins ; ces hôpitaux doivent y répondre. Mais c'est en réalité à une double exigence – l'accessibilité, d'une part, la qualité et la sécurité, d'autre part – qu'il nous faut répondre ; la proximité ne saurait être le seul critère. Or il me semble que la rénovation de notre modèle doit être l'occasion de repenser la structuration de l'offre de soins hospitaliers à l'échelle des territoires selon une logique de complémentarité. Il ne faut pas voir dans cette évolution qu'un risque de déclassement pour certains établissements : nous souhaitons aussi que des établissements de santé qui rendent un service de proximité puissent monter en gamme et soient consolidés dans leurs missions en devenant hôpitaux de proximité.

Les amendements n° 356 rectifié et 311 rectifié vont plus loin que le modèle actuel, puisqu'ils visent à imposer dans ces futurs hôpitaux de proximité la présence de services de chirurgie et de maternité, voire d'un service d'urgences ou de SSR. Ces exigences conduiraient concrètement à ce que les 243 établissements qui relèvent aujourd'hui de ce statut le perdent demain, car nous savons bien que nous ne pouvons maintenir des plateaux techniques poussés, où seraient présents des anesthésistes en nombre suffisant, dans tous les établissements de santé. Il me semble que l'évolution que vous proposez se ferait en définitive au détriment d'un grand nombre d'établissements, qui perdraient un mode de financement plus adapté à leur rôle de service public de proximité.

Les amendements n° 774 rectifié et 775 rectifié sont en partie satisfaits, car les activités de chirurgie seront possibles par dérogation – le texte le prévoit explicitement. Si nous rendons toutes les activités possibles, même de manière optionnelle, le statut dont nous discutons finira par n'avoir plus rien d'un statut particulier, et les établissements concernés ne seront plus légitimes à bénéficier d'un mode de financement dérogatoire.

Quant à l'amendement n° 614 rectifié, qui a été retiré, il était satisfait par le texte.

Concernant l'amendement n°719 rectifié, la commission considère qu'il appartiendra à la Haute Autorité de santé de déterminer quels sont les actes de chirurgie qui pourront être concernés par cette dérogation. Je ne pense pas que le type d'anesthésie soit le critère de distinction le plus pertinent, même si c'est, me semble-t-il, l'esprit du texte que de viser des actes plus standardisés, les opérations de la cataracte par exemple.

Pour toutes ces raisons, je demande aux auteurs de ces amendements de bien vouloir les retirer ; à défaut, l'avis de la commission sera défavorable.

Je le répète, la médecine et la chirurgie évoluent. Nous avons davantage intérêt, dans les territoires, à faire de la prévention. Je pense au sport – cela fera sans doute plaisir à M. Savin – ou à la nutrition, avec les questions, par exemple, qui ont trait à la consommation de boissons alcoolisées ou sucrées. Ces actions de prévention feront davantage pour la santé de l'ensemble de la population qu'un hôpital de proximité, dont la vocation est plutôt de soigner des gens déjà malades.

Je conclurai en répétant ce que j'avais dit en 2016 devant Mme Touraine, suscitant à l'époque beaucoup de chahut dans l'hémicycle : on ne peut pas mettre de plateau technique à chaque coin de rue ; on ne peut pas mettre des médecins ultraspécialisés à chaque coin de rue.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Ce n'est pas ce que nous demandons !

M. Alain Milon, rapporteur. Je ne le dis pas pour provoquer ; je le dis parce que je le pense profondément. Les plus grandes urgences que nous pouvons rencontrer dans notre vie de tous les jours, les dégâts les plus importants, ce sont les accidents de la route qui les provoquent. Or, autant que je sache, quand vous avez un accident de ce type – je ne vous le souhaite évidemment pas –, l'hôpital n'est pas à côté du lieu de l'accident ; pourtant, on arrive à vous soigner et à vous guérir.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je suis du même avis que M. le rapporteur, mais je souhaite préciser les choses et vous donner des informations qui nous permettront de raisonner sur les mêmes bases.

Certains de ces amendements visent à rendre obligatoire le maintien d'un service d'urgences dans ces hôpitaux. Aujourd'hui, pour maintenir une liste de garde 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, que ce soit dans un service d'urgences ou dans une maternité, il faut fonctionner avec huit professionnels à temps plein. Autrement dit, huit urgentistes sont nécessaires pour ouvrir un service d'urgences, sans parler, évidemment, de tous les personnels paramédicaux qui travaillent avec eux. De la même façon, pour maintenir une maternité ouverte, il faut huit obstétriciens, huit anesthésistes, huit infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État, ou Ibode, etc. Rendez-vous compte des implications de telles obligations en termes de ressources ! Or ces ressources n'existent tout simplement pas sur le territoire.

Je rappelle que 20 % environ des services d'urgences, en France, fonctionnent avec moins de 15 000 passages par an, c'est-à-dire l'équivalent de deux patients par heure à peu près, soit assez peu d'activité. Pour maintenir ces services, nous avons besoin d'énormément de professionnels ; or un tel besoin ne pourrait être satisfait, loin de là, partout sur le territoire.

Nous avons parlé hier et avant-hier toute la journée de démographie médicale. Ce que nous vivons dans la médecine de ville avec les généralistes, nous le vivons dans la médecine hospitalière : nous n'avons plus d'anesthésistes ; nous n'avons plus assez d'obstétriciens ; nous n'avons plus ou plus assez d'urgentistes – nous attendons qu'ils soient formés. Nous sommes dans une situation de déficit en matière de moyens médicaux.

Voilà pourquoi il faut orienter ces ressources humaines capitales au sein d'un système structuré qui permette d'adresser les patients au bon endroit et de graduer les soins et, donc, d'assurer la qualité partout, sachant que l'on fonctionne parfois, dans certains services d'urgences, avec des listes de garde incomplètement pourvues. Des malades risquent d'arriver en pleine nuit sans personne pour les accueillir, parce que le médecin prévu est tombé malade et qu'il n'y a personne pour le remplacer.

Nous faisons face à un défi. Ce que je vous propose, c'est d'y répondre par une organisation pensée et structurée. Elle n'a pas été pensée par moi seule, mais par des groupes de travail de toutes les parties prenantes – syndicats, fédérations hospitalières, associations de malades –, avec le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Le projet de loi que je vous propose est issu de cette concertation.

Les auteurs de ces amendements proposent d'instaurer diverses obligations. Ce que nous vous proposons, nous, c'est un schéma type garantissant que la médecine de proximité soit aussi une médecine de qualité, avec un plateau technique de biologie et de radiologie, ainsi que, de façon optionnelle, un service d'urgences ou un SMUR, en tenant compte des distances et de la géographie.

Veillons à ne pas inscrire dans la loi des engagements que ces hôpitaux ne pourront absolument pas tenir, faute de ressources humaines. S'il s'agissait uniquement d'un problème de moyens financiers, je pense que nous aurions trouvé la solution depuis longtemps.

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

M. Laurent Duplomb. Pourquoi ne sommes-nous plus capables de mobiliser les personnels dont nous avons besoin en nombre suffisant ? Peut-être avons-nous élevé le niveau des protocoles à un point tel que, là où il était possible de sauver quelqu'un avec deux personnes, il en faut huit désormais ! La réglementation est aussi en cause : le nombre de normes est en augmentation constante.

Moi qui vis en milieu rural, si j'ai un AVC, j'ai moins de chances de m'en sortir qu'une personne qui vit place Bellecour, à Lyon. Or je paie, en proportion, les mêmes impôts que tous les Français. L'égalité fait pourtant partie des fondements de notre République !

Je peux comprendre ce que dit M. le rapporteur : on ne peut pas rendre obligatoire la présence de certains services dans tous les hôpitaux de proximité. Mais ne se doit-on pas de rendre à chaque citoyen le même service, et donc de garantir au moins la présence de certaines activités nécessaires ?

Je peux en témoigner : aujourd'hui, à problème égal, deux personnes n'auront pas les mêmes chances de survie selon que le problème leur arrive à un endroit ou à un autre de mon territoire. Autrement dit, dans la réalité, la perspective de l'égalité s'éloigne de plus en plus, alors que, de l'autre côté, nous payons tous des contributions égales.

M. Alain Milon, rapporteur. Le problème est que nous ne payons plus assez !

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

M. René-Paul Savary. Merci, madame la ministre, pour les explications claires que vous venez de donner : vous avez dit la réalité des choses.

Les amendements de Daniel Gremillet, qui ont pour objet les activités de chirurgie et d'obstétrique, le montrent par défaut : ce sont ces services que n'auront pas les hôpitaux de proximité. C'est bien là le cœur du débat : il ne peut pas y en avoir partout. Quand on passe de 243 hôpitaux de proximité – ce sont ceux qui existent déjà – à 500 ou 600, cela signifie que les services qui existaient dans des hôpitaux dits généraux n'existeront plus.

Mme Michelle Gréaume. Exactement !

M. René-Paul Savary. Il y a là une évolution technologique incontournable.

Je partage les propos de M. le rapporteur et de Mme la ministre : c'est l'évolution naturelle des choses. Mais il faut le savoir et le faire en toute connaissance de cause.

Il existe désormais une organisation en réseau. Pour l'accident vasculaire cérébral ou le diabète, théoriquement, tout le monde est logé à la même enseigne, parce que, comme pour d'autres dispositifs, les réseaux sont assez bien organisés.

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales. Bien sûr !

M. René-Paul Savary. Cette adaptation ne doit pas être une régression ; elle doit permettre à chacun d'avoir les mêmes chances. C'est pour ça que nous insistions un peu lourdement, avec mon collègue Jomier, pour préciser la définition de ces hôpitaux de proximité. Si ces hôpitaux ne sont pas équipés pour la e-santé, s'ils ne disposent pas de scanners en plus de la radio, donc s'ils n'ont pas d'équipements modernes, nous n'aurons pas réussi notre pari de mieux soigner les gens.

Il faut prendre nos décisions en toute connaissance de cause. C'est pourquoi je me suis permis tout à l'heure, madame la ministre, de vous dire : « ne nous faites pas rêver ! » Les hôpitaux de proximité sont un moyen différent de répondre le mieux possible, à l'aide des nouvelles techniques, aux besoins de la population. Mais, je le répète, plus d'hôpitaux de proximité, c'est moins d'hôpitaux généraux !

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. J'entends l'argument selon lequel il faut développer la prévention dans nos territoires. On peut d'ailleurs regretter que, année après année, les crédits en faveur de la prévention n'augmentent pas, voire diminuent. Mais, même si on met le paquet sur la prévention, ça ne remplacera pas nos hôpitaux de proximité !

Madame la ministre, vous avez été un peu plus explicite : vous avez dit que, en raison notamment de la démographie médicale – celle-ci suscite beaucoup de débats entre nous depuis plusieurs jours –, nous avons des difficultés à maintenir un certain nombre de services de proximité.

Nous constatons tous le cercle vicieux dans lequel nous sommes : à mesure que les services de proximité reculent, la démographie, y compris des professionnels de santé exerçant en libéral, recule aussi. C'est dans un cercle vertueux, au contraire, qu'il faut s'engager.

Je vous invite à rencontrer des équipes d'un centre hospitalier qui m'est cher, le centre hospitalier intercommunal Caux Vallée de Seine. Elles vous feront très explicitement la démonstration qu'un hôpital de proximité performant, doté de services diversifiés, permet non seulement d'accueillir tout type de pathologie, d'orienter efficacement les patients, mais aussi d'aider à l'implantation de médecins sur le territoire et même – ce n'est pas un détail – d'accompagner des gens – ils sont nombreux sur nos territoires – qui sont dans une situation de détresse sociale.

Malheureusement, depuis hier, nous avons, me semble-t-il, évacué beaucoup de possibilités de lutter contre le phénomène des déserts médicaux. Je regrette que vous ne fassiez pas preuve de plus d'ouverture. L'appauvrissement de nos services et hôpitaux de proximité ne fera qu'accroître la désertification. Les Français ne peuvent plus le supporter.

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

M. Yves Daudigny. Madame la ministre, vous ne pouvez pas balayer d'un revers de main la question des moyens. Les schémas et les principes sont, certes, importants, mais les moyens le sont aussi.

Je prends l'exemple de l'hôpital d'Hirson, dans le département de l'Aisne, qui est assez représentatif des hôpitaux de proximité dont nous discutons actuellement. Il se trouve dans une région en grande difficulté sociale. Les élus ont travaillé de manière constructive avec l'ARS pour l'adapter, le restructurer et le renforcer. Dans la région, les besoins en matière de santé sont importants, et les habitants tardent à venir se faire soigner.

Aujourd'hui, l'établissement a un service d'urgences, un service de garde et deux médecins présents 24 heures sur 24. Il connaît des difficultés financières : ses comptes ne sont pas équilibrés. Si la présence d'un médecin était remise en cause pour des raisons financières, c'est toute la sécurité d'un bassin d'emploi qui serait menacée. Ce serait un mauvais coup porté à la qualité de la santé sur un territoire où les besoins sont importants.

Il faut effectivement adapter, reconstruire et renforcer, mais n'écartons pas la question des moyens. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. Bernard Jomier. Très juste !

M. le président. La parole est à Mme Sylvie Goy-Chavent, pour explication de vote.

Mme Sylvie Goy-Chavent. Chacun l'a bien compris, nous assistons à une déliquescence de notre système de santé sur l'ensemble du territoire français. La différence entre les territoires ruraux et les territoires plus urbains est notoire. Ainsi que plusieurs de mes collègues l'ont souligné, il vaut mieux ne pas avoir besoin d'accoucher ou faire un AVC sur un territoire très isolé. Il arrive que des femmes accouchent dans leur voiture, car la maternité de proximité a fermé ! Les Français ne comprennent pas pourquoi ils n'ont pas les mêmes services partout sur le territoire.

M. Laurent Duplomb. Ça, c'est sûr !

Mme Sylvie Goy-Chavent. Si nous manquons de professionnels de santé, *quid* des jeunes qui partent suivre leur formation en Roumanie ? Je vous ai déjà interrogée sur le sujet, madame la ministre. J'attends d'ailleurs que vous nous receviez avec les associations d'étudiants en Roumanie pour voir comment faciliter le retour de ces derniers sur le territoire français après les six premières années d'études effec-

tuées à l'étranger. Alors que ces jeunes ne coûtent rien à la France, on leur fait barrage avec l'ECN, parce qu'ils n'ont pas accès à l'entraînement pour passer le concours de l'internat. Notre pays se prive ainsi de 500 ou 600 jeunes par an qui pourraient revenir sur le territoire. C'est, à mon avis, une erreur.

M. le président. La parole est à M. Raymond Vall, pour explication de vote.

M. Raymond Vall. Madame la ministre, je comprends très bien vos arguments, mais ne pourrait-on pas prendre quelques mesures *a minima* ?

Dans la ruralité profonde – moi et beaucoup de mes collègues le vivons chaque semaine –, à partir du vendredi, c'est l'angoisse ; il n'y a plus rien jusqu'au lundi ! D'ailleurs, dans certains départements, les pompiers s'organisent avec les médecins-pompiers, un infirmier et un chauffeur pour répondre aux appels. Même avec un tel système, on reste confronté à un embouteillage insoluble.

Quel sens cela a-t-il de mettre en place des hôpitaux de proximité, auxquels on annexe parfois une maison de santé pour que le personnel puisse bénéficier d'une infirmière de garde la nuit, s'il n'y a pas au moins un ou deux médecins ? Ils assureraient une forme de veille, ce qui serait un début de réponse – certes, j'ai employé des termes plus sévères dans une précédente intervention – au problème de la désertification médicale. Car nous ne l'avons pas réglé !

Garantir la présence d'un médecin dans ces hôpitaux de proximité pour assurer une telle veille, orienter les cas les plus graves vers les urgences et traiter sur place les autres cas permettrait de répondre à un triple objectif.

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

M. Michel Amiel. Mon collègue Duplomb a évoqué l'accident vasculaire cérébral. Nous ne construisons évidemment pas une médecine de rêve, mais ce n'est pas une médecine de cauchemar non plus !

Voilà quarante ans, lorsque j'ai entamé mes études de médecine, quand une personne âgée – au demeurant, cela ne concerne pas seulement, tant s'en faut, les personnes âgées – faisait un AVC, on se contentait de la mettre au lit en espérant que la nature ferait son œuvre. Cela se passait ainsi, à l'époque.

Selon vous, cher collègue, il y aurait trop de protocolisation. Or, sans cette protocolisation, on en serait encore au même point aujourd'hui ! Je connais assez bien le sujet. Les Stroke Centers ont été mis au cœur des dispositifs de santé pour permettre l'effectivité du geste thérapeutique où que l'on soit sur le territoire. D'ailleurs, c'est un geste complexe, qui nécessite une hyperspécialité : par exemple, tous les neurologues ne peuvent pas forcément l'exécuter. Si nous arrivons aujourd'hui à sauver la vie de personnes qui font des AVC, c'est justement grâce à la protocolisation et à une approche de plus en plus pointue de la médecine.

Bien entendu – je me permets de faire un peu d'ironie –, il vaut mieux faire un AVC au bas de l'escalier de la Timone, où se trouve le Stroke Center, plutôt qu'au fin fond de la Lozère. Mais, comme le rappelait M. le rapporteur, nos dispositifs de transports sanitaires et de prise en charge des urgences sont également très sophistiqués et protocolisés. C'est cela, la médecine d'aujourd'hui !

À entendre certains collègues, on aurait l'impression d'être revenu au Moyen Âge. Le cauchemar, ce sont leurs propos ! Nous n'avons jamais eu une médecine aussi sophistiquée ! Certes, la sophistication a des implications en termes de personnels. Je préfère que l'accouchement de ma femme ou de ma fille ait lieu à quarante kilomètres avec une prise en charge et des conditions sanitaires convenables – d'ailleurs, cela s'est produit – plutôt que dans un hôpital de proximité avec un obstétricien absent et des conditions catastrophiques.

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

Mme Gisèle Jourda. Je voudrais revenir sur la question des moyens en personnels pour faire fonctionner les lignes des services médicaux d'urgence. Nous avons beaucoup évoqué la pénurie de personnels. Parler est une chose ; agir en est une autre.

Dans l'Aude, nous avons payé un lourd tribut pour pouvoir assurer la médecine d'urgence. Le département maintient depuis des années son hélicoptère de secours à personne, en le finançant lui-même.

Nous avons l'hôpital de Carcassonne, avec un service médical d'urgence – il rencontre des difficultés –, et, en secteur de haute montagne et en hyperruralité, le SMUR de Quillan. Il y a trois lignes et un SMUR, ainsi que la ligne de Castelnaudary.

Faute de moyens, en période estivale, la ligne du service médical d'urgence du SMUR de Quillan est fermée. Nous avons travaillé avec l'ARS pour faire en sorte d'avoir moins de fermetures, mais cela reste un vœu pieux. Nous souhaitons le maintien de la ligne du SMUR, mais il faut y mettre les moyens. Certes, l'ARS travaille à nos côtés.

L'examen du présent projet de loi aurait pu être l'occasion de définir des priorités. Que faire dans l'hyperruralité lorsque des individus font un malaise sur la voie publique ? À Quillan – je vous rapporte ce cas avec beaucoup d'émotion –, nous n'avons pas pu porter secours à une personne de 43 ans, parce que le SMUR était fermé. Cette personne est décédée !

À un moment donné, il faut mobiliser les moyens. C'est une question de volonté politique. J'entends bien ce qui est dit sur les hôpitaux de proximité, mais il faut fixer des priorités en fonction des urgences au plus près des populations. Malheureusement, le texte ne le fait pas. (*Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain.*)

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

Mme Laurence Cohen. Apparemment, au sein de l'hémicycle, nous nous rejoignons sur le diagnostic ; c'est sur les réponses à apporter que le bât blesse. En l'occurrence, les désaccords sont profonds.

Certes, l'hôpital de proximité ne doit pas, pour reprendre les termes d'un collègue, être un véritable cauchemar. Toutefois, je voudrais souligner un certain nombre de points.

Aujourd'hui, les urgences sont en grève. Le mouvement est très fort et se généralise partout. Nous le savons, les urgences sont totalement sursaturées. Mais le problème n'est pas que sur les urgences ; il concerne la médecine en général ! Si, dans certains cas critiques, il est évidemment nécessaire d'aller aux urgences, il arrive également qu'on s'y rende pour des cas moins graves faute de réponse sur le territoire, car la médecine libérale est défaillante. Tout est lié ! Ainsi que

cela a été souligné hier, le manque de professionnels concerne aussi bien l'activité libérale que les services hospitaliers.

Madame la ministre, il faut rendre de l'attractivité à la profession. C'est ça qui manque. Et je suis inquiète, car ce n'est pas du tout ce qui est prévu dans votre réforme de la fonction publique. Les personnels de santé ont besoin d'une reconnaissance de leur métier et d'une revalorisation de leurs salaires. Il faut donc débloquer des crédits : c'est vrai aussi pour l'hôpital ou pour l'accès aux soins dans les territoires. Certes, vous faites des gestes – je ne le nie pas –, mais ils sont minimalistes. Vous restez prisonnière des choix politiques du gouvernement auquel vous appartenez : réduire les dépenses publiques. D'ailleurs, vous approuvez cette politique, que moi et les membres de mon groupe rejetons.

En 2018, il y avait 24 millions de passages aux urgences, contre 8 millions en 1988. Or, en 1988, tous les hôpitaux avaient des urgences, avec obligation de participer aux gardes. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. La situation est plus que catastrophique !

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

M. Daniel Gremillet. Nous sommes vraiment au cœur du débat. S'il n'y avait pas la perspective de passer de 250 à 500 hôpitaux de proximité, ou si cette décision s'accompagnait de véritables garanties, la discussion serait différente. Mais, en l'occurrence, nous sommes effectivement face à une diminution de l'offre territoriale.

Je vais être un peu provocateur : aujourd'hui, il n'est plus possible d'habiter dans certains territoires. L'offre et la présence médicales ayant totalement déserté ces territoires, il y a non-assistance à personne en danger !

Madame la ministre, je vous ai écoutée. Vous aussi, écoutez les élus du territoire. On ne peut pas partir ainsi à l'aveuglette à un moment aussi important pour le devenir de notre société sur l'ensemble des territoires. Nous avons besoin de certitudes.

Monsieur le rapporteur, je vous ai fait confiance hier, et je continue de vous faire confiance. Vous avez déclaré que mes amendements étaient partiellement satisfaits. Je vais donc les maintenir pour qu'ils puissent être votés. Ainsi, ils seront totalement satisfaits. *(Sourires et applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains et du groupe Union Centriste.)*

M. le président. La parole est à Mme Michelle Gréaume, pour explication de vote.

Mme Michelle Gréaume. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, ou Hcaam, a avancé des pistes dans un rapport remis au Premier ministre. Même cette instance a du mal à comprendre votre stratégie, madame la ministre !

Le rapport d'experts préconise de multiplier les petits hôpitaux de proximité. Toutefois, la dernière réforme a mis en place les groupements hospitaliers de territoire. Malheureusement, on fait tout le contraire, en réduisant les services – le maintien des urgences dans les hôpitaux de proximité est minimal –, voire en fermant certains.

La situation sanitaire est grave. Dans le Nord, tous les voyants sont au rouge. Nous sommes très inquiets. Entendez-nous, madame la ministre. Un maillage territorial ? Oui ! Mais ne faisons pas du bricolage avec les médecins de ville.

Je crains que beaucoup de personnes ne se soignent malheureusement plus, car elles devront avancer de l'argent, contrairement à ce qui se pratique dans les hôpitaux.

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

M. Bernard Bonne. Depuis le début de la semaine – d'ailleurs, à mon sens, une semaine, ce n'est pas suffisant pour débattre d'un projet aussi important que l'organisation du système de santé –, nos discussions se résument à deux sujets.

Le premier, auquel M. le rapporteur a fait référence, est celui du financement. La santé étant probablement ce qui compte le plus pour les Français et les territoires, il faut accepter de payer notre système de soins à sa juste valeur, en allant au-delà des 1,8 % ou 2 % actuels. Cela nous permettra de répondre à un certain nombre d'attentes.

Le second est celui du nombre de médecins. Comme l'a indiqué René-Paul Savary, on a l'illusion que le *numerus clausus* s'arrêtera demain. C'est complètement faux ! Il sera simplement remplacé par une nouvelle formule, mais il n'y aura pas plus d'étudiants en médecine formés.

Tant que l'on n'aura pas apporté de réponses sur ces deux sujets, tout ce qui pourra être fait sur les hôpitaux de proximité, qu'il s'agisse d'ouvertures ou de fermetures, ne servira à rien ; cela restera une coquille vide !

Acceptons de payer plus pour notre système de santé et de former davantage de médecins, afin de répondre aux attentes qui s'expriment dans les territoires !

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Je rejoins Bernard Bonne.

Il y a deux sujets : la proximité et l'attractivité.

La nécessaire proximité suppose évidemment de mettre à disposition le maximum de possibilités pour soigner au mieux l'ensemble de nos concitoyens, quel que soit le territoire.

L'attractivité implique de permettre aux personnes qui seraient intéressées par l'exercice d'une profession médicale de pouvoir en vivre.

C'est le cœur du problème. Cela nous renvoie évidemment au nerf de la guerre. Nous devons trouver les financements nécessaires pour que les populations soient le mieux soignées possible et que les professionnels de santé aient les moyens de vivre le plus convenablement possible.

Pour cela, il faut accepter certaines mesures ; là, je sais que je vais me faire des ennemis. Lorsque nous proposons en loi de financement de la sécurité sociale d'augmenter les taxes sur le tabac ou les alcools, cela suscite des oppositions sur toutes les travées. Lorsque nous proposons une hausse des cotisations, c'est le patronat qui n'en veut pas. Lorsque nous proposons de relever la contribution sociale généralisée, la CSG, ce sont les retraités qui ne sont pas d'accord. Lorsque nous proposons une taxation sur les laboratoires pharmaceutiques, une partie de l'hémicycle y est hostile. Lorsque nous proposons une taxation sur les mutuelles, c'est une autre partie de l'hémicycle qui s'y oppose. Au final, les Ondam auxquels nous aboutissons ne sont pas ceux qui seraient nécessaires pour garantir un financement suffisant de l'activité dans son ensemble.

Puisque nous sommes tous d'accord sur la nécessité de la proximité et sur le besoin de professionnels, soyons aussi d'accord lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour donner à la sécurité sociale les moyens de garantir les soins les plus appropriés à la population. Pour cela, il faudra adopter une série de mesures. J'espère que nous serons d'accord pour toutes les voter ; je dis bien toutes, sans exception !

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vais faire un petit historique.

Aujourd'hui, dans les territoires, il y a très peu d'attractivité, qu'il s'agisse de la médecine libérale ou des hôpitaux locaux. Dans la fonction publique hospitalière, quasiment 30 % des postes de praticiens hospitaliers sont vacants. Cela concerne notamment les urgentistes. Des postes ouverts ne sont pas pourvus, parce que ces urgentistes n'existent pas !

De surcroît, les réformes successives – je ne jette la pierre à personne ; ces mesures ont eu leur utilité –, comme celle de la T2A, ont eu pour conséquence de créer une compétition entre les établissements de santé.

On a ainsi laissé mourir à petit feu des hôpitaux avec une faible attractivité, car situés sur un bassin de vie assez restreint ou des territoires en perte démographique. Ces établissements ont perdu de l'activité, donc des financements, donc des capacités à recruter.

Au final, dans beaucoup de vos territoires, les hôpitaux sont moribonds. Les lignes de garde ne sont pas toujours pourvues. Et des intérimaires s'en mettent plein les poches !

M. Raymond Vall. C'est vrai !

Mme Agnès Buzyn, ministre. En effet, ils profitent de la situation : si le bloc opératoire ne fonctionne pas, il n'y a plus d'activité, et l'établissement perd des financements.

Le système marche sur la tête ! La loi que je vous propose est une loi de cohérence, de remise en ordre. Cela passe par des leviers financiers. Je veux réduire progressivement la T2A. Je veux que les hôpitaux arrêtent d'être en concurrence et mutualisent leurs moyens. C'est ce qui est proposé aujourd'hui. Ce sera également dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Les hôpitaux de proximité ne doivent plus être financés à l'activité. Ils ont vocation non pas à faire des actes pour faire des actes, mais à rendre service à un territoire. Je proposerai un modèle de financement en loi de financement de la sécurité sociale. Cela ne figure pas dans le présent projet de loi, car le dispositif n'est pas prêt. Mais vous pourrez en débattre à cette occasion.

Je souhaite des hôpitaux de proximité recentrés sur le cœur des besoins de territoire. Nous définissons un certain nombre de missions. Il peut s'agir de médecine ou de plateau technique ; pour bien soigner, il est indispensable d'avoir de la biologie et de la radiologie disponibles. Nous proposons un développement en fonction de la faisabilité sur le territoire, notamment de l'offre de soins existants. Ils pourront éventuellement exercer des activités de chirurgie définies par la Haute Autorité de santé, par exemple celles qui ne nécessitent ni plateau technique, ni salle de réveil, ni anesthésiste... Laissons les autorités scientifiques nous indiquer les actes potentiels. Cela peut être la cataracte. Ce n'est pas à moi

d'en décider. Les professionnels sont les mieux à même de déterminer ce qui est faisable et ne présente pas de danger pour les malades.

J'ai ardemment souhaité qu'il y ait une obligation d'avoir des consultations avancées de spécialistes dans ces hôpitaux de proximité. Je ne veux pas que, dans les territoires concernés, les malades ne soient pas adressés à un cardiologue, à un endocrinologue ou à un ophtalmo, parce que les transports coûteraient trop cher ou parce que l'hôpital n'aurait pas les moyens de les envoyer ailleurs.

J'ai introduit dans le texte des consultations avancées de spécialité. Je l'ai observé dans beaucoup de territoires : les chirurgiens viennent de l'hôpital pivot du GHT. Ils viennent faire une consultation, mais les malades sont opérés dans l'hôpital de recours. Cela garantit la qualité des soins et un parcours de soins programmé.

Je comprends que beaucoup de sénateurs m'alertent sur les SMUR. Je reviens du congrès des urgentistes, où je les ai rencontrés. Je ne suis ni sourde ni aveugle. Je sais ce qui se passe au sein des urgences. Il y a à l'évidence un problème de flux de malades. La loi y répondra partiellement, en réorganisant au mieux les parcours de soins ville-hôpital notamment et l'accès aux soins non programmés. Mais il y a des problèmes spécifiques. Les locaux sont parfois trop exigus. J'ai fait des annonces.

Aujourd'hui, les services d'urgences ne sont pas en mesure de fonctionner. Comme je l'ai indiqué, pour que le service tourne, il faut huit urgentistes payés à temps plein, du fait des repos de sécurité, des vacances, des ponts... Nous ne les avons pas. D'ailleurs, aucun pays au monde ne les a. Je pourrais vous raconter mes échanges avec mes homologues européens. Eux n'ont même pas d'infirmiers ou d'infirmières !

Mme Laurence Cohen. Parce que ce sont les mêmes politiques libérales partout !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous avons de la chance. Nous pouvons faire des délégations de tâches. D'autres, comme l'Allemagne, ne le peuvent pas.

Nous avons prévu que les SMUR, les services d'urgences ou des centres de périnatalité puissent être maintenus dans des hôpitaux de proximité, en fonction des besoins du territoire et de l'offre avoisinante. Bien entendu, si le premier service d'urgences est à 200 kilomètres, nous nous poserons la question du maintien d'un SMUR. Mais je veux que ce SMUR soit mutualisé avec d'autres services, afin d'avoir la certitude que la ligne de garde sera bien occupée. Le prochain article, qui concerne les GHT, prévoit une mutualisation des ressources humaines.

C'est une logique d'ensemble qui passe par le financement et par le recentrage des missions, afin de répondre aux besoins du territoire.

À mon avis, en introduisant dans la loi des obligations que nous n'avons pas les moyens de tenir, nous déconstruirons un schéma pensé pour répondre au mieux aux besoins et mettre un terme à cette course à l'activité inopportune et à cette concurrence entre les établissements totalement invraisemblable au vu de l'état de nos territoires. Nous allons permettre à ces hôpitaux de revivre. C'est une chance. Il s'agit de revitalisation. C'est cela que vous devez défendre dans vos territoires : réinvestir ces hôpitaux, les rendre attractifs.

Je suis vraiment défavorable à l'ensemble de ces amendements.

M. le président. La parole est à M. Pascal Savoldelli, pour explication de vote.

M. Pascal Savoldelli. Madame la ministre, je vous ai écoutée avec beaucoup d'attention. Je ne mets pas en doute les explications que vous avez apportées. Je veux exprimer un souhait.

Ma collègue Cathy Apourceau-Poly vous a posé une question. Je comprends que vous ayez besoin de temps pour construire votre réponse. Elle vous a demandé si les urgences de l'hôpital de Lens allaient fermer en juillet et en août. Il est normal qu'une sénatrice ou un sénateur, quelle que soit son étiquette politique, puisse obtenir une réponse à ce type de question.

Je suis élu dans le Val-de-Marne, pas dans le Pas-de-Calais. Mais que répondez-vous au fait qu'il y ait 70 000 passages dans ces urgences? Il s'agit d'un bassin minier, avec une grande tradition et des pathologies très territorialisées; 300 000 personnes y vivent.

J'entends vos propos sur la gradation ou l'attractivité. Mais, comme vous devez le savoir, dans cet hôpital, sept urgentistes sur dix-huit ont démissionné!

Vous pouvez nous répondre maintenant ou nous dire que vous répondrez plus tard. Mais je vous demande de nous répondre; c'est tout de même une question d'éthique. Les urgences de l'hôpital de Lens vont-elles fermer deux mois? Répondre à l'interrogation de ma collègue Cathy Apourceau-Poly, c'est aussi une urgence! (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, ainsi que sur des travées du groupe socialiste et républicain.*)

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je n'ai pas avec moi l'ensemble des listes de garde de tous les hôpitaux français, monsieur le sénateur. Vous m'interpellez en séance, dans le cadre d'une loi générique, sur le cas particulier d'un hôpital dont je comprends certes l'importance, mais pour lequel je ne dispose d'aucune information spécifique concernant la liste de garde au mois de juillet.

En revanche, je puis vous assurer que, comme tous les ans, j'organiserai cette année encore, avant l'été, une réunion avec l'ensemble des parties prenantes et les services d'urgences afin de faire face aux problèmes liés aux vacances, mais aussi aux difficultés liées à de possibles canicules. Cette réunion aura lieu d'ici à une quinzaine de jours, et nous examinerons quelles sont les possibilités de maintenir telle ou telle activité. Tout cela sera discuté en lien avec les fédérations hospitalières, les syndicats et les représentants des urgentistes. Comme chaque année, je veillerai à ce que les gardes soient organisées et nous anticiperons sur les difficultés liées aux périodes estivales.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 774 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe La République En Marche.

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° 141 :

Nombre de votants	336
Nombre de suffrages exprimés	309
Pour l'adoption	27
Contre	282

Le Sénat n'a pas adopté.

Compte tenu de ce résultat, puis-je considérer que le vote ira dans le même sens sur les autres amendements en discussion commune, d'autant qu'ils sont relativement proches?

M. Bernard Jomier. Non, nous demandons que l'amendement n° 719 rectifié soit également mis aux voix par scrutin public.

Mme Laurence Cohen. Nous souhaitons la même chose pour l'amendement n° 311 rectifié.

Mme Maryse Carrère. Nous ne demandons pas forcément de scrutin public sur l'amendement n° 356 rectifié, mais nous voulons au moins qu'il soit mis aux voix à main levée.

M. le président. Nous allons donc procéder au scrutin public sur chaque amendement.

Je mets aux voix l'amendement n° 356 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe La République En Marche.

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° 142 :

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

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 311 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe La République En Marche.

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° 143 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	325
Pour l'adoption	22
Contre	303

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 719 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

M. Bernard Jomier. Monsieur le président, après le premier scrutin public, vous nous avez demandé si nous acceptons une mise aux voix simplifiée sur le reste des amendements en discussion commune. J'ai alors exprimé le souhait que l'amendement n° 719 rectifié soit mis aux voix par scrutin public. Certes, je n'ai pas transmis de document signé en ce sens, mais d'autres étaient dans ce cas.

Vous nous avez indiqué que chaque amendement ferait l'objet d'un scrutin public. J'aimerais comprendre pourquoi le scrutin public n'a pas eu lieu sur notre amendement.

M. le président. Effectivement, mon cher collègue, j'avais dit cela en recevant une liasse de demandes de scrutin public. Vérification faite, aucune ne portait sur votre amendement. Toutes les demandes provenaient du groupe La République En Marche, qui n'en a déposé aucune sur votre amendement.

Mme Laurence Rossignol. On ne peut plus leur faire confiance! *(Sourires.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 775 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe La République En Marche.

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° 144 :

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

Le Sénat n'a pas adopté.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 717 rectifié, présenté par Mme Rossignol, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes Van Heghe, M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, Joël Bigot et Bérît-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 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Voici, si j'ai bien compris, le cadre général dans lequel s'inscrit cette discussion : les temps changent, les médecins aussi, les pathologies, en particulier chroniques, évoluent, les plateaux techniques sont de plus en plus pointus, et il faut, pour les hôpitaux de proximité, prendre en compte la spécificité des territoires et faire confiance aux professionnels qui décideront de l'offre médicale qui y sera proposée.

Tout cela n'est pas faux, mais il reste quand même des invariants historiques et géographiques ; il s'agit de la reproduction – la manière dont on fait les bébés – et de la nécessité, pour les femmes, de pouvoir accéder à des lieux de planification, à des centres d'orthogénie, dans lesquels elles peuvent être conseillées, accompagnées, tant pour leurs besoins de contraception qu'en matière d'IVG. C'est clair, un centre d'orthogénie ne nécessite pas de plateau technique exceptionnel.

Je suis particulièrement inquiète des conséquences des nombreuses fermetures de maternité – je pense en particulier aux maternités situées dans les territoires les plus isolés –, car, le plus souvent, le service d'orthogénie est adossé au service d'obstétrique. Je crains donc que cela n'éloigne les jeunes contraceptifs et l'accès à l'IVG des femmes et de leurs besoins, dans tous les territoires, car il n'y a pas de territoires avec plus ou moins de besoins en matière de planification.

D'où cet amendement, qui vise à préciser que les hôpitaux de proximité comporteront une offre médicale en matière d'orthogénie.

Autre remarque : vous avez indiqué à plusieurs reprises, madame la ministre, que ce qui nous arrive se produit partout, qu'il y a dans tous les pays européens le même déficit médical. Certes, mais il y a eu, dans tous les pays européens, la même politique, en réaction à l'inflation des dépenses de santé liée au vieillissement et au progrès médical.

Mme Laurence Cohen. Eh oui !

Mme Laurence Rossignol. Tous les pays ont considéré que, pour réduire les dépenses sociales, il fallait d'abord réduire l'offre, le nombre de prescripteurs. Moins il y a de médecins, moins il y a de dépenses : voilà la politique qui a été menée dans tous les pays en même temps !

Il n'est pas étonnant que les mêmes causes produisent les mêmes effets, mais la disparition des médecins n'est pas un phénomène semblable à la disparition des espèces. C'est un phénomène d'origine politique, lié à des choix stratégiques. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.)*

M. le président. L'amendement n° 182 rectifié, présenté par MM. Joël Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllegatte, 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, Duran et Lurel, Mmes Artigalas, Grelet-Certainais et Conconne, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Kerrouche, Courteau et Temal et Mme Monier, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Claude Bérít-Débat.

M. Claude Bérít-Débat. Je vais poursuivre le dialogue de sourds que nous avons depuis la reprise de la séance, en défendant un amendement visant à fixer, comme critère de définition des hôpitaux de proximité, la lutte contre la désertification médicale. Il s'agit de répondre ainsi à une inquiétude profonde qui traverse nos territoires et de réaffirmer un principe qui a besoin d'être rappelé : la santé est aussi une affaire d'aménagement du territoire et de respect de l'égalité entre territoires.

La durée des trajets pour accéder aux soins ne cesse de s'allonger. À court terme, cela pourrait mettre en péril la santé de nos concitoyens vivant en zone isolée. Des exemples d'AVC ou d'accouchements pendant le trajet ont été donnés précédemment ; ce ne sont pas des faits rares, et cela fait prendre de grands risques aux femmes et aux couples, sans compter le surcoût financier engendré.

La disposition contenue dans cet amendement répond à la volonté des Français d'avoir accès à des maternités, à des plateaux techniques hospitaliers et à des services d'urgences de proximité dans un rayon d'environ trente minutes autour de leur domicile. Une approche territoriale de la politique de santé permettra de lutter contre ce phénomène. Les hôpitaux de proximité peuvent représenter le fer de lance d'une lutte sanitaire salutaire et fondamentale pour les Français.

Je vous invite donc, mes chers collègues, à voter pour cet amendement, qui tend à faire de ces hôpitaux un outil de lutte contre la désertification médicale, en garantissant un meilleur maillage hospitalier pour la France. Cela tiendra compte des demandes, soulevées précédemment, de la commission de l'aménagement du territoire.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je vais continuer ce dialogue de sourds... Néanmoins, j'observe préalablement que, selon que l'on est ou non au pouvoir, le discours peut changer.

Mme Catherine Deroche. Tout à fait !

M. Alain Milon, rapporteur. La mission mentionnée dans les amendements n°s 717 rectifié et 182 rectifié de « lutte contre la désertification médicale » paraît beaucoup trop vague.

Les hôpitaux de proximité auront bien évidemment un rôle à jouer, en articulation avec les acteurs de l'ambulatoire, pour être des catalyseurs de l'accès aux soins dans les territoires. Leur responsabilité territoriale, partagée avec les autres acteurs de santé, est déjà explicitement mentionnée.

Quant à l'accès à des services de maternité, mentionné à l'amendement n° 717 rectifié, il est déjà garanti à l'article 8, tel qu'il est actuellement rédigé, par le rôle d'orientation des patients vers les autres structures de prise en charge.

La commission a donc émis un avis défavorable sur ces deux amendements.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. On a déjà beaucoup parlé de la désertification médicale : avis défavorable sur l'amendement n° 182 rectifié.

Je veux répondre très précisément à Mme Rossignol.

En premier lieu, en ce qui concerne les politiques de santé en général, c'est vrai, le *numerus clausus* a été largement institué pour réduire les dépenses de santé dans notre pays. Néanmoins, cette politique est loin d'expliquer à elle seule la démographie médicale mondialement déficitaire. Je pense, par exemple, au Royaume-Uni, où le NHS ne prévoit pas de tarification à l'acte, puisque les médecins sont salariés. Pourtant, ce pays a la pire démographie médicale qui soit, avec deux fois moins de médecins généralistes que sur le territoire français.

Parmi les causes, il y a aussi l'augmentation du niveau de vie, qui entraîne un allongement de la durée de vie et l'émergence de pathologies chroniques. Les besoins de santé ont donc considérablement augmenté. Un autre facteur est le désir des jeunes médecins de mieux concilier leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Bref, il y a tout un tas de paramètres qui n'ont pas été anticipés et qui ont conduit à la situation actuelle.

En deuxième lieu, sur les maternités, j'observe qu'il y a, dans notre pays, une très grande sensibilité sur ce sujet, ce que je peux entendre, car je comprends évidemment l'angoisse des femmes. Toutefois, certains pays ont des maternités situées à de très grandes distances des habitants, du fait même de la géographie. En Australie, les habitants sont répartis sur tout le territoire, et ils n'ont pas de maternité située à moins de quarante-cinq minutes de leur domicile. Il en va de même au Canada. J'ai discuté récemment avec mon homologue de Norvège ; dans ce pays, les femmes font en moyenne quatre ou cinq heures de route pour aller accoucher. Il faut donc bien organiser le territoire en fonction de la réalité de la géographie du pays.

Parallèlement, on ne peut pas souffrir, en France, l'idée de la fermeture d'une maternité; c'est anxiogène, et je peux l'entendre. C'est pourquoi je vais proposer un « pack maternité », c'est-à-dire une série de mesures destinées à accompagner et à sécuriser les femmes, lorsqu'une maternité ferme ou que la plus proche se situe déjà à une distance notable de leur lieu d'habitation.

En effet, il y a déjà, avant même toute fermeture supplémentaire d'établissement, des femmes qui habitent très loin de la maternité. Je pense notamment à la Guyane et à la Corse; une femme qui habite à Calvi doit accoucher à Bastia, soit à une heure et quart ou à une heure et demie de route. Il n'y a jamais eu de maternité dans cette ville, où il n'y a pas non plus d'hôpital, il n'y a qu'une antenne.

Ce « pack maternité », qui comprendra une série de mesures d'accompagnement et de sécurisation des femmes enceintes, sera présenté dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Vous aurez donc à en débattre.

Je pense sincèrement qu'il faut raison garder sur la question des maternités françaises. Nous avons un bon maillage de maternités, meilleur que bien des pays. Je crois par exemple que la Suède, qui compte 20 millions d'habitants, a entre 40 et 50 maternités, quand nous en avons 550 pour 67 millions d'habitants... Clairement, le problème que nous vivons aujourd'hui n'est pas dramatique.

En outre, la plupart des pays ont centralisé leurs accouchements dans de très grosses maternités. Au Royaume-Uni et en Suède, 70 % des accouchements ont lieu dans des maternités de plus de 2 000 accouchements par an. Ce n'est pas du tout le choix que nous avons fait en France, puisque nous avons préservé de petites maternités, avec des seuils de 500 à 600 accouchements. Ainsi, aujourd'hui, seuls 20 % des accouchements ont lieu dans de très grosses maternités. Nous avons donc un bon maillage territorial, et nous essayons, autant que faire se peut, de préserver les maternités.

Cela étant, c'est la démographie qui fait que, dans certaines maternités, il n'y a pas les ressources humaines nécessaires, en matière d'infirmiers de bloc, d'anesthésistes, d'obstétriciens et de pédiatres, les quatre professions nécessaires pour faire tourner une maternité. Quand on ferme ces maternités, on les transforme en centres de périnatalité, et, je le répète, le « pack maternité » nous permettra d'accompagner et de sécuriser les femmes lors du transport, comme c'est le cas dans les pays où elles ont de très grandes distances à parcourir pour accoucher.

Enfin, en troisième lieu, je veux répondre à l'inquiétude, tout à fait légitime, relative à l'accès à l'IVG. On doit pouvoir faire en sorte – c'est une question à poser à la Haute Autorité de santé – que les IVG instrumentales soient pratiquées dans les hôpitaux de proximité, dans les centres de périnatalité, avec des sages-femmes et des obstétriciens, puisque cette profession est aujourd'hui présente dans ces centres. Rien n'empêche donc de discuter de cette question de l'accès à l'IVG dans le maillage territorial proposé; ces éléments ne sont absolument pas dépendants, on peut tout à fait avoir des IVG, médicamenteuses ou instrumentales, dans des centres qui n'ont pas de chirurgie.

J'émet donc un avis défavorable sur l'amendement n° 717 rectifié; je pense avoir donné les explications nécessaires pour rassurer les élus que vous êtes et les femmes de France, qui seront bien accompagnées. En outre, sachez-le, il n'y a pas de

politique volontariste de fermeture des maternités; tant que nous pouvons préserver ces établissements et que nous avons des ressources humaines requises, nous le faisons, notamment dans les zones très éloignées d'une autre offre de soins. Ainsi, quand il faut choisir une maternité à garder, on opte pour celle qui est dans la zone dont les autres offres de soins sont le plus éloignées. Toutefois, considérons aussi ce qui se fait ailleurs dans le monde et n'ayons pas une vision trop centrée, qui nuit, selon moi, à la compréhension des organisations.

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

Mme Laurence Cohen. Le groupe communiste républicain citoyen et écologiste soutiendra cet amendement, même si nous regrettons que le nôtre, qui visait à redéfinir les missions des hôpitaux de proximité selon une autre philosophie que celle de Mme Buzyn, n'ait pas été adopté; il plaçait les maternités au cœur du sujet.

Madame la ministre, à vous écouter, on a l'impression que, finalement, tous les problèmes sont réglés ou en voie de l'être – on se demande d'ailleurs pourquoi nous nous réunissons pour échanger sur un projet de loi si parfait. Quand les choses ne sont pas réglées, nous ne devons pas nous inquiéter, elles le seront par voie d'ordonnance, et nous aurons le résultat ensuite. Bref, circulez, il n'y a rien à voir!

Je suis pourtant étonnée, car les accouchements représentent un véritable problème, aujourd'hui, en France. Énormément de maternités ont fermé et, sauf lapsus de votre part, vous avez parlé des maternités qui allaient fermer; cela signifie que ça ne s'arrêtera pas là, qu'il y aura encore des fermetures.

Vous pouvez essayer d'apporter des solutions, qui sont, pour certaines, positives, mais cela ne réglera pas le problème, vécu dans bon nombre de territoires, des femmes qui accouchent dans des camions de pompiers ou dans des voitures.

Je veux d'ailleurs appeler votre attention sur la drôle de politique que vous menez: vous avez approuvé la fermeture de la maternité de Creil, qui est de niveau 3 – une première en France, et ne me dites pas que la question de la sécurité se pose –, et les femmes doivent dorénavant accoucher à Senlis. Puis, quelques jours plus tard, nous avons appris qu'une panne d'électricité avait entraîné de graves dysfonctionnements, qui ont pesé sur les accouchements. On se demande donc quelle est la pertinence de cette politique, qui ne tient compte ni des territoires ni de la sécurité des femmes.

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

Mme Laurence Rossignol. Je veux d'abord donner acte à Mme la ministre de son engagement et de la sincérité de ses convictions sur ces sujets.

Ensuite, je ne suis pas de ceux qui pensent que toutes les maternités doivent toujours continuer de fonctionner, partout, je suis également attentive aux questions de sécurité.

Reste qu'il faut faire attention quand on manie des comparaisons. Les pays nordiques n'ont pas la même organisation territoriale que la nôtre, ils n'ont pas 36 000 communes ni une population aussi éparpillée sur leur territoire que la France. La densité urbaine de ces pays est bien plus impor-

tante, et il y a de grands espaces très faiblement peuplés, une maison ici ou là ; la répartition géographique de la population n'est donc pas la même. Il faut avoir cela en tête.

J'en viens aux maternités. Laurence Cohen a évoqué celle de Creil ; je vous ai sollicitée plusieurs fois à ce sujet, et le Président de la République a lui-même reconnu qu'il y avait un petit problème, puisqu'il a chargé le préfet de l'Oise – ce n'est pas banal, c'est même baroque, puisqu'il n'a pas fait appel à l'ARS – de rouvrir le dossier de la fusion des hôpitaux de Creil et de Senlis, qui avait abouti à la fermeture de la maternité de Creil.

Cela étant, mon propos concernait non pas l'activité d'accouchement de la maternité, mais l'orthogénie, la planification, l'accès à l'IVG. La planification n'est pas faite que par les médecins ; le plus souvent, ce sont le planning familial ou des associations ayant leur propre bureau qui s'en chargent. Il me semblerait donc bon d'inscrire dans la loi que les centres de planification sont inclus dans les hôpitaux de proximité, car je n'ai pas totalement confiance dans 100 % des médecins des futurs hôpitaux de proximité pour la prise en charge de ces centres de planification, lesquels doivent veiller à ce que les femmes aient bien accès à la planification des naissances, sans même parler d'IVG.

Quant à l'IVG, je vous ai entendue indiquer que, dans les hôpitaux de proximité, les sages-femmes pourraient pratiquer des IVG instrumentales. Je suis heureuse de vous l'entendre dire, car vous émettrez sûrement un avis favorable sur l'amendement que je défendrai à l'article 27, tendant à élargir aux sages-femmes cette pratique. Je ne sais pas si c'est ce que vous vouliez dire, mais, pour l'instant, je m'en réjouis... (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à M. Patrice Joly, pour explication de vote.

M. Patrice Joly. Alors que nous abordons, dans ce débat, la question de la proximité et de l'accès aux services de maternité, je veux évoquer la situation de la maternité d'Autun.

On nous annonce la fermeture prochaine de cet établissement, alors même qu'il accueille 230 à 240 naissances par an. Au centre du Morvan, certaines femmes se trouvent déjà à plus de cinquante minutes d'une maternité ; avec la fermeture de celle d'Autun, elles se trouveront à une heure quinze ou à une heure vingt de la maternité la plus proche, située en périphérie du territoire.

Plutôt que de raisonner en termes de fermetures, et donc de concentration, ne serait-il pas possible de fonctionner en réseau, en déplaçant les professionnels, de manière à favoriser des services de qualité ? Dans ce cas particulier, ce serait particulièrement facile, dans la mesure où la maternité la plus proche est située au sud d'Autun, à environ une vingtaine ou une trentaine de minutes, ce qui permettrait de maintenir deux sites et de disposer, du point de vue des usagers, d'une maternité à proximité et de professionnels aguerris par leur activité dans deux établissements.

Au-delà de cette question de l'accouchement, il y a un enjeu d'information et d'accompagnement dans cette maternité menacée, qui est déjà dans une zone difficile.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 717 rectifié...

(*M. le président procède à un décompte des votes à main levée.*)

Plusieurs sénateurs du groupe socialiste et républicain. Il est adopté !

M. le président. Il y a un doute ; je vais recompter. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme Laurence Rossignol. Il faut voter par assis et levé !

M. le président. Non, ce n'est pas la peine.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme Laurence Rossignol. Quels étaient les chiffres, monsieur le président ?

M. Alain Milon, rapporteur. On met en cause l'honnêteté du président, là !

M. le président. Dix-neuf voix pour et dix-neuf contre ; il y a égalité. L'amendement est donc rejeté. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme Laurence Rossignol. Il y avait initialement une majorité de voix pour, et vous avez demandé un nouveau décompte pour laisser le temps à un sénateur du groupe Les Républicains de revenir dans l'hémicycle !

M. le président. Madame Rossignol, j'ai bien recompté chaque voix, il y a égalité !

Mme Laurence Rossignol. Nous étions majoritaires !

M. le président. Je ne veux pas m'étendre sur le sujet, mais je précise que j'ai recompté les voix parce que le vote d'une personne n'était pas clair.

Mme Martine Berthet. Ma chère collègue, je veux juste préciser que je suis présente dans l'hémicycle depuis dix heures et demie, ce matin. Je me suis simplement absentée trente secondes...

Mme Laurence Rossignol. Oui, c'est vrai ! Dont acte !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 182 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. Claude Bérit-Débat. C'est dommage !

Mme Laurence Rossignol. Nous le dirons aux femmes de vos circonscriptions !

M. le président. L'amendement n° 57 rectifié, présenté par Mme Doël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et M. Laménie, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Mathieu Darnaud.

M. Mathieu Darnaud. Notre système de santé manque d'adaptation face aux mutations de la société du XXI^e siècle, cela a été souligné. Le système français est hospitalo-centré, et il ne permet pas d'assurer une prise en charge ambulatoire dans des conditions acceptables.

La médecine française s'est organisée autour de l'hôpital et des CHU. Dans ce schéma, la médecine générale ne semble pas être reconnue à sa juste valeur. Même s'ils ont une activité ambulatoire exclusive en ville et à la campagne, les généralistes sont principalement formés en milieu hospitalier. Les diplômés ont donc une vision erronée des territoires.

L'accès aux soins pour tous, garanti par l'ordonnance du 4 octobre 1945, n'est aujourd'hui pas totalement assuré; il demeure des zones sous-dotées en médecins généralistes, auxquelles s'ajoute une baisse globale de 10 %, depuis 2007, du nombre de généralistes. Il est donc absolument nécessaire de mettre en place une stratégie percutante pour répondre à ces enjeux; cela passe par la facilitation de l'installation des médecins libéraux sur tout le territoire, en assurant une partie de leur formation dans des centres ambulatoires universitaires.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'objectif de cet amendement est déjà satisfait par l'existence des maisons de santé universitaires, qui permettent de développer la recherche en soins primaires et la formation clinique des médecins; il n'est pas souhaitable de créer un autre label en parallèle. La commission a donc demandé le retrait de cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

M. le président. Monsieur Darnaud, l'amendement n° 57 rectifié est-il maintenu?

M. Mathieu Darnaud. Non, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 57 rectifié est retiré.

L'amendement n° 252, présenté par M. Daudigny, est ainsi libellé:

Alinéa 7

Après le mot:

médecine

insérer les mots:

ou de soins de suite et de réadaptation

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Je m'applique à suivre, autant que possible, l'ensemble des débats, et il s'agit ici d'un amendement d'interrogation, d'une demande de précision ou de confirmation.

L'article 8 du projet de loi ne prévoit, comme activité de soins socle obligatoirement assurée par l'hôpital de proximité, que la médecine. Ce faisant, il exclut toute possibilité, pour des établissements de santé, publics ou privés, qui n'assurent qu'une activité de soins de suite et de réadaptation d'obtenir la qualité d'hôpital de proximité. Cela revient donc à exclure, par principe, près de 150 cinquante établissements de santé, dont une grande partie assure pourtant une offre de soins et de prise en charge de proximité, en lien étroit avec les professionnels de santé de premier recours et de soins spécialisés.

Ces établissements pourraient renforcer le maillage territorial des hôpitaux de proximité, spécialement dans les zones rurales ou éloignées des grandes agglomérations et des métropoles. C'est pourquoi le présent amendement a pour objet de permettre que des établissements de santé publics ou privés

assurant aujourd'hui une activité de soins de suite et de réadaptation sans disposer d'autorisation de soins de médecine soient éligibles à la qualité d'hôpital de proximité.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Le code de la santé publique prévoit actuellement la possibilité pour les établissements n'ayant qu'une activité de SSR, donc hors médecine, d'accéder au statut d'hôpital de proximité, mais cette disposition n'a jamais été appliquée. Le projet de loi ne représente donc pas un recul en la matière par rapport à la situation actuelle.

On peut comprendre que, pour assurer le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers, les hôpitaux de proximité doivent proposer une activité de médecine. Il serait toutefois important que des établissements de SSR soient accompagnés, s'ils ont vocation à répondre à des besoins pour l'accès aux soins dans les territoires, pour être, par exemple, dotés de lits de médecine.

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. Je comprends la question de M. le sénateur Daudigny, et je vais tenter d'y répondre.

Je ne méconnais pas la réalité du maillage territorial de ces hôpitaux avec soins de suite et de réadaptation; ils ont réellement une présence locale. Nous les avons d'ailleurs associés à nos travaux, dans des territoires spécifiques; ils ont d'ailleurs parfois proposé une offre de soins proche de celle que nous souhaitons mettre en place dans le cadre de cette réforme.

Au cas par cas, certaines de ces structures pourraient organiser une forme de transition vers un hôpital de proximité. Ce qui compte, en réalité, ce sont les missions socles que nous donnons aux hôpitaux de proximité – la médecine, un plateau technique de radiologie et de biologie –, et, si ces établissements de soins de suite et de réadaptation ont déjà une activité de médecine, même petite, pourquoi ne pas imaginer qu'ils puissent se transformer?

Cela m'ennuie un peu d'émettre un avis défavorable sur votre amendement, parce que je comprends la réalité de terrain qui motive votre proposition. Ce que je peux toutefois vous indiquer, c'est que, au cas par cas, avec des transitions, on pourrait imaginer des évolutions vers le modèle des hôpitaux de proximité; mais cela implique que ces établissements répondent au modèle des missions socles. De même, à l'inverse, dans des hôpitaux de proximité, il pourra y avoir, au cas par cas, des activités de soins de suite et de réadaptation. Voilà la façon dont nous envisageons le schéma en la matière.

J'émet donc un avis défavorable, mais tout est possible, en ce domaine, dans la loi telle qu'elle est écrite.

M. le président. Monsieur Daudigny, l'amendement n° 252 est-il maintenu?

M. Yves Daudigny. Je vous remercie, monsieur le rapporteur, madame la ministre, des réponses que vous avez formulées et des possibilités qu'elles ouvrent. Je retire donc mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 252 est retiré.

L'amendement n° 718 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, 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 7

Après le mot :

spécialités

insérer les mots :

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

La parole est à Mme Michelle Meunier.

Mme Michelle Meunier. Chaque année, en France, près de 6 500 personnes découvrent leur séropositivité.

Malgré une offre de dépistage importante, plus d'un tiers des découvertes de séropositivité sont trop tardives. Ces chiffres sont dus, pour une large part, à un manque d'information, à un manque d'accès et à une stigmatisation encore trop présente.

Dans cette perspective, le traitement post-exposition est un dispositif d'urgence qui doit être engagé le plus vite possible après exposition au risque, au mieux dans les quatre heures et au plus tard dans les quarante-huit heures.

Afin de permettre aux personnes ayant été exposées à un risque de contamination de réagir au plus vite et de limiter de façon importante le risque de contamination par le virus, grâce au TPE, il apparaît essentiel que le maillage territorial des structures pouvant le prescrire soit le plus fin possible.

Pour faire face à cette réalité, notre amendement vise à ce que les hôpitaux de proximité se dotent obligatoirement d'un dispositif spécialisé pour l'accueil et la prise en charge des victimes d'un accident d'exposition à un risque viral et puissent prescrire un traitement post-exposition.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission souhaiterait d'abord connaître l'avis du Gouvernement sur cette question.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Tout médecin, et cela fait partie du socle de formation des étudiants en médecine, doit connaître la procédure à suivre en cas d'accident d'exposition au sang.

Dans les hôpitaux de proximité, on trouve des médecins qui peuvent répondre à ces risques. Il n'est donc pas besoin de créer un Cegidd, qui est une structure beaucoup plus large.

Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

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

M. Bernard Jomier. Vous avez raison, madame la ministre, mais la question de Mme Meunier portait également sur la prescription du TPE.

Dans un courrier qui n'est pas si ancien, un élu du conseil régional d'Île-de-France vous avait interrogée sur le fait que les médecins généralistes ne peuvent prescrire le TPE. Vous lui aviez répondu que vous ne souhaitiez pas une telle extension de prescription.

Nous souhaitions juste savoir si votre position avait évolué sur cette question et si le comité mis en place pour améliorer le dépistage et la prise en charge de ces infections discutait de cette possibilité.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 718 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 210 rectifié *bis* est présenté par Mme Berthet, M. Bascher, Mmes L. Darcos et Delmont-Koropoulis, MM. Meurant et Sol, Mme Puissat, M. Pellevat, Mme Noël, M. Mandelli, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, M. B. Fournier, Mmes Bruguière et Bonfanti-Dossat, MM. Bonhomme, J.M. Boyer et Duplomb, Mme Deroche, M. Laménie, Mme Lamure et M. Sido.

L'amendement n° 703 est 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 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, 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.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 9

Après le mot :

réadaptation

insérer les mots :

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

La parole est à Mme Martine Berthet, pour présenter l'amendement n° 210 rectifié *bis*.

Mme Martine Berthet. La prévalence des maladies chroniques dues au vieillissement de la population ne cesse d'augmenter. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique.

Le dépistage systématisé de certaines maladies chroniques, lequel permettrait une prise en charge plus précoce et une réduction de leurs conséquences – handicap, dépendance, décès... –, n'est pas suffisamment développé. Je pense notamment à l'ostéoporose, dont nous avons discuté hier soir, et pour la détection de laquelle on constate chaque année une baisse d'environ 6 % des ostéodensitométries réalisées.

Aussi cet amendement vise-t-il à inclure dans les missions des hôpitaux de proximité le dépistage des maladies chroniques chez les patients à risques, notamment celles identifiées comme prioritaires dans la stratégie Ma santé 2022.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 703.

M. Yves Daudigny. Cet amendement vise à étendre les missions des hôpitaux de proximité afin de soutenir le développement du dépistage de maladies chroniques chez les patients à risques, notamment celles identifiées comme prioritaires dans la stratégie Ma santé 2022.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les hôpitaux de proximité se voient confier une mission générale de prévention et de promotion de la santé. Cela permet évidemment de viser des actions de dépistage des maladies chroniques chez les patients à risques sans qu'il soit besoin de les mentionner spécifiquement dans la loi. La commission demande donc le retrait de ces deux amendements ; 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 Berthet, l'amendement n° 210 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Martine Berthet. Non, je le retire.

M. Yves Daudigny. Je retire également le mien !

M. le président. Les amendements n° 210 rectifié *bis* et n° 703 sont retirés.

L'amendement n° 95 rectifié, présenté par MM. Temal, Duran et Antiste, Mme Lepage, MM. Mazuir et Manable, Mmes Perol-Dumont et Artigalas, M. Tissot, Mmes Blondin, M. Filleul et Ghali, M. P. Joly, Mme Conconne, M. Tourenne et Mme Monier, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 9

Supprimer les mots :

ainsi que les activités de soins palliatifs

II. – Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Rachid Temal.

M. Rachid Temal. Selon le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, 60 % des personnes décédées auraient eu besoin de soins palliatifs. Dans le même temps, les systèmes d'information nous disent que seulement 71 000 personnes sont aujourd'hui prises en charge dans des unités de soins palliatifs.

Par ailleurs, on constate une inégalité territoriale en la matière : 70 % des lits en unités de soins palliatifs sont concentrés dans cinq régions – Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne et Hauts-de-France.

Nous souhaitons faire en sorte que chaque hôpital dispose d'une unité de soins palliatifs. Nous mesurons bien la complexité de cette question, mais il nous semble important de montrer une volonté. Sans ouvrir de débat global sur la fin

de vie, chacun s'accorde à dire qu'il est nécessaire d'offrir des soins palliatifs à ceux de nos concitoyens qui en ont besoin et donc de gommer les inégalités territoriales qui existent.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cette discussion me rappelle celle que nous avons eue lors de l'examen de la loi Claeys-Leonetti. Mme Touraine s'était alors engagée à installer des unités de soins palliatifs sur l'ensemble du territoire. Nous constatons malheureusement que leur développement est encore insuffisant et que cette promesse n'a pas été tenue.

Le déploiement de ces unités repose bien évidemment sur une coopération de tous les acteurs – médecine de ville, hospitalisation à domicile... – et non sur les seuls hôpitaux de proximité.

Il paraît préférable de garder une souplesse en laissant cette mission optionnelle en fonction de l'offre déjà présente sur le territoire. La commission vous demande donc de bien vouloir retirer votre 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. La parole est à M. Rachid Temal, pour explication de vote.

M. Rachid Temal. Je n'étais pas encore sénateur au moment du vote de la loi Claeys-Leonetti, qui constitue assurément une avancée, même si la promesse que vous évoquez n'a pas été tenue.

Dans mon département du Val-d'Oise, la question du maintien de soins palliatifs à l'hôpital de Pontoise se pose. On risque donc, dans un département de 1,2 million d'habitants, de ne plus disposer d'unité de soins palliatifs.

J'entends ce que vous nous dites sur la coopération, mais il faut aussi que le législateur marque une volonté. L'inscription dans la loi permet parfois d'améliorer ou de faciliter la coopération.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous souhaitons que puissent se déployer sur l'ensemble du territoire des structures permettant de proposer des soins palliatifs à des patients en fin de vie. Pour ce faire, nous nous appuyons sur différentes stratégies – unités de soins palliatifs, unités mobiles – et surtout sur une politique volontariste de formation de médecins généralistes aux soins palliatifs à domicile ou dans les Ehpad, une nouvelle recommandation leur permettant d'utiliser des médicaments.

Inscrire dans la loi cette obligation pour les hôpitaux de proximité nous enfermerait dans un modèle unique que nous ne souhaitons pas. Certains hôpitaux de proximité, par exemple, se trouvent dans des territoires extrêmement jeunes, très dynamiques, où cette question ne se pose clairement pas et qui ont besoin d'autres activités. On peut aussi imaginer des territoires dans lesquels les médecins généralistes sont habitués à faire des soins palliatifs dans les Ehpad où ils travaillent.

Pour toutes ces raisons, nous avons décidé de rendre optionnels les soins palliatifs pour les hôpitaux de proximité. Cette question a été longuement débattue à l'Assemblée nationale. Tout ce que nous rendons systématiquement obligatoire – je pense aussi à l'addictologie ou aux centres de planification, par exemple – ne servira qu'à rigidifier un modèle que nous ne souhaitons pas unique, parce que les

territoires ne sont pas uniques. Ce n'est tout de même pas au Sénat, lequel promeut la différenciation, que je vais essayer de vous convaincre de laisser cette marge d'adaptation aux territoires.

M. le président. La parole est à Mme Christine Prunaud, pour explication de vote.

Mme Christine Prunaud. Je tiens à intervenir sur ce sujet.

La loi Claeys-Leonetti devait marquer un grand effort pour les soins palliatifs dans les établissements hospitaliers. Or, dans mon département – il s'agit d'un cas que nous avons sûrement tous déjà rencontré –, une personne est restée trois semaines en soins palliatifs, avec un protocole, au GHT d'Armor, plus précisément au centre hospitalier de Saint-Brieuc. Elle a ensuite été dirigée dans deux Ehpad différents dont elle doit partir toutes les deux ou trois semaines. J'aimerais avoir une explication, même si je pense la connaître et que je la refuse.

Comment est-il possible qu'en France on ne soit pas capable de mettre en place des espaces protégés de soins palliatifs ? Il est intolérable de trimballer d'un Ehpad à un autre des personnes en fin de vie pour qu'elles finissent par retourner à leur domicile, toujours avec un protocole, mais à la charge de leur famille et sans protection médicale.

Dans ces conditions, oser encore parler de soins palliatifs ou de fin de vie digne est une honte, même si je pense que nous parviendrons à changer les choses, cette année peut-être. Toujours est-il que, sur ces questions, nous sommes obsolètes. *(Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste. – Mmes Michelle Meunier et Sabine Van Heghe applaudissent également.)*

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

M. Bernard Jomier. Nous n'allons pas dresser la liste des insuffisances des uns et des autres en matière d'application de la loi...

Il s'agit d'une question très importante. Les soins palliatifs sont relativement récents dans notre pays : la première unité de soins palliatifs a été créée à la demande du Président Mitterrand, voilà environ trente-cinq ans.

Nous nous accordons tous pour dire que ces soins ont du mal à se développer et qu'on ne meurt pas bien dans notre pays. Le sous-développement de l'offre de soins palliatifs est un des facteurs qui nourrit la permanence du débat éthique sur la fin de vie.

Madame la ministre, vous allez nous présenter, je l'espère, très bientôt, une révision des lois de bioéthique dans laquelle ne figurera pas – de ce que l'on sait de l'avant-projet gouvernemental – la question de la fin de vie. Dont acte ! Mais je ne peux m'empêcher de le regretter. Il me semble donc d'autant plus important de nous concentrer sur l'optimisation de l'actuelle organisation des soins palliatifs : unités de soins, équipes mobiles, place de l'hospitalisation à domicile...

Ce projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé était l'occasion de poser des balises pour faire en sorte de tenir les engagements qui n'ont pu l'être suffisamment par le passé. Nous sommes ouverts à toute discussion pour trouver les moyens de mieux mettre en œuvre les soins palliatifs.

L'amendement de Rachid Temal, comme d'autres amendements que nous avons pu déposer depuis le début de cette discussion, n'est probablement pas parfait – comme on nous l'explique d'ailleurs très bien.

Mme Laurence Rossignol. Le projet de loi non plus !

M. Bernard Jomier. Ce n'est toutefois pas une raison pour ne pas traiter de ce sujet d'importance, y compris au regard de l'organisation de notre système de soins.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 95 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quinze heures.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à treize heures trente, est reprise à quinze heures, sous la présidence de M. Gérard Larcher.)

PRÉSIDENTE DE M. GÉRARD LARCHER

M. le président. La séance est reprise.

4

ALLOCUTION DE M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

M. le président. Mes chers collègues, je voudrais excuser M. le Premier ministre, qui participe aux cérémonies commémoratives du soixante-quinzième anniversaire du débarquement allié du 6 juin 1944, comme il me l'a confirmé au téléphone ce matin.

Je voudrais également excuser nos collègues sénateurs de Normandie, dont les présidents de commission MM. Philippe Bas, Hervé Maurey et Mme Catherine Morin-Desailly, ainsi qu'un certain nombre de sénateurs représentant les Français établis hors de France, qui ont l'honneur de représenter la Haute Assemblée lors de cette cérémonie.

Il y a, en effet, exactement soixante-quinze ans, sur les plages de Normandie – territoire particulièrement cher à mon cœur –, des dunes de Varreville au port de Ouistreham, 136 000 hommes venus du ciel et d'une mer qui tentait de s'apaiser décidèrent, au fond, du sort de la guerre et, par-delà, de la liberté des hommes et des femmes et de l'avenir de la démocratie. Ils étaient Américains, Britanniques, Canadiens ; ils étaient Belges, Hollandais, Norvégiens ; ils étaient Français ; ils étaient Grecs, Danois ; d'autres encore, engagés volontaires dans les forces alliées ; ils venaient aussi d'Afrique. Ce jour-là, sur cette terre de Normandie, 3 500 sont tombés.

Ces jeunes, souvent d'à peine 20 ans, dont beaucoup d'entre eux n'avaient jamais – ou si peu – entendu parler de la France, au milieu de cet enfer de feu et d'acier, n'ont pas hésité : ils ont avancé, avancé sur le sol de France, bravant les balles et les obus ; ils ont avancé, tombant les uns après les autres, pour abattre un régime diabolique ; ils ont avancé pour nous libérer. Parmi eux, figuraient les membres du bataillon Kieffer, dont le lieutenant de vaisseau Augustin Hubert, qui donna sa vie, parmi les premiers, à Ouistreham. Comment ne pas avoir une pensée pour nos marins tombés

voilà quelques jours en Afrique, héritiers de ce commando ? Comment ne pas penser aux membres de ce commando qui donnèrent leur vie avec le même héroïsme ?

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

Aujourd'hui, dans le respect de l'histoire et des souffrances éprouvées – je veux aussi avoir une pensée, pour des raisons que certains comprendront, pour les populations civiles si durement éprouvées dans ces nuits du 5, du 6 et du 7 juin, en cette terre de Normandie –, l'heure est d'abord au recueillement et au souvenir. Elle est aussi à ce présent que nous avons choisi de construire en commun, dans la diversité de notre démocratie.

Au fond, l'idée européenne, les projets qui l'incarnent sont peut-être nés sur les plages de Normandie. Oui, ils sont nés sur les plages de Normandie, avec la liberté et la démocratie restaurées, avec le sentiment unanime que ces guerres fratricides qui ont enflammé le monde étaient la négation de l'Europe, de ses valeurs et de sa culture, avec le sentiment que tant de souffrances et de destructions ne pouvaient avoir été endurées en vain, avec le sentiment que nous devions à ces morts, dont beaucoup reposent aujourd'hui en Normandie, de donner un sens à leur sacrifice en nous engageant résolument dans la seule voie qui assure la paix en Europe et dans le monde, celle de la réconciliation entre les peuples ! (*Applaudissements prolongés.*)

5

COMMUNICATIONS DU GOUVERNEMENT

M. le président. Par lettre en date du 6 juin 2019, le Premier ministre, M. Édouard Philippe, m'a informé que M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire, présentera, mercredi 12 juin, le texte de la déclaration de politique générale qu'il prononcera au même moment devant l'Assemblée nationale.

Par ailleurs, le Premier ministre demandera au Sénat l'approbation de cette déclaration en application de l'article 49, alinéa 4, de la Constitution.

Acte est donné de ces communications.

Je réunirai la conférence des présidents mardi prochain, afin de modifier en conséquence l'ordre du jour de nos prochaines séances.

Je vous rappelle que les 13, 14 et 15 juin les sénats d'Europe et les sénats d'Afrique se réuniront ici pour parler de paix, de codéveloppement et de démocratie ; il s'agit aussi d'un rendez-vous important.

6

QUESTIONS D'ACTUALITÉ AU GOUVERNEMENT

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

Monsieur le ministre d'État, mesdames, messieurs les ministres, mes chers collègues, je vous rappelle que notre séance est retransmise sur Public Sénat.

J'appelle chacun de vous, particulièrement en cette journée, à veiller au respect des uns et des autres ainsi qu'au respect de son temps de parole.

PROJET DE FUSION RENAULT-FIAT-CHRYSLER

M. le président. La parole est à M. Dany Wattebled, pour le groupe Les Indépendants – République et Territoires. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires.*)

M. Dany Wattebled. Cela faisait quinze ans que l'emploi industriel n'avait pas progressé en France. Depuis 2017, le secteur a créé des milliers d'emplois.

Cette dynamique s'est aussi traduite par des projets d'investissement étrangers. Avec 1 027 projets d'investissement sur son sol, dont 339 dans l'industrie, la France est le deuxième pays le plus attractif d'Europe, après le Royaume-Uni, mais devant l'Allemagne.

Nous nous réjouissons de cette tendance positive, mais nous restons prudents quant à l'avenir de l'industrie française.

La France et l'Allemagne doivent publier prochainement un document de politique industrielle européenne, comprenant notamment une proposition de réforme des règles de la concurrence. Il faut résoudre le dilemme posé par ces règles, qui, en l'état, ne permettent pas l'avènement d'un acteur européen capable de peser au niveau mondial.

Après le refus de la fusion Alstom-Siemens par la Commission européenne, nous avons vu le groupe Fiat-Chrysler adresser une proposition de fusion à Renault – vite proposée, mais aussi vite retirée.

Sans fusion, et encore plus en froid avec son partenaire Nissan, Renault n'est-il pas aujourd'hui dans une situation plus fragile qu'avant ? Son action avait déjà fortement chuté à la suite de l'incarcération de son ancien président, Carlos Ghosn ; elle vient de perdre encore 6 % après l'annonce du retrait de l'offre de fusion.

D'autres acteurs sont dans une situation préoccupante : Ascoval est en sursis. Le choix et l'analyse du repreneur étaient-ils pertinents ? Le premier n'a pas permis d'aboutir et le second est lui-même en difficulté. Je voudrais saluer ici le courage des salariés, qui restent dignes dans cette épreuve.

Les différentes interventions de l'État sur Whirlpool, sur Alstom, sur General Electric et sur Ford n'ont pas permis d'empêcher les licenciements.

Dans ces conditions, monsieur le ministre, l'État peut-il et doit-il définir une politique industrielle ? Si oui, comptez-vous le faire et comment ? (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires. – M. Jean-Marc Gabouty applaudit également.*)

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

M. Bruno Le Maire, ministre de l'économie et des finances. Oui, notre politique industrielle donne des résultats ! Nous créons pour la première fois des emplois industriels dans notre pays, après en avoir perdu un million au cours des dix dernières années. Pour la première fois depuis dix ans,

plus d'usines s'ouvrent dans notre pays qu'il ne s'en ferme. C'est un bon résultat, qui nous incite à poursuivre cette politique économique.

Vous m'interrogez également, monsieur le sénateur, sur le projet de fusion entre Renault et Fiat, retiré ce matin. Ce projet était-il une opportunité industrielle pour Renault? Oui! Toutes les conditions étaient-elles réunies pour garantir le succès de cette opération? Non!

J'avais fixé, depuis le premier jour, quatre conditions au succès de cette opération: qu'elle se fasse dans le cadre de l'alliance entre Renault et Nissan, que l'emploi industriel soit protégé, que la gouvernance soit garantie et que la future entité participe au projet de batteries électriques que nous avons lancé avec l'Allemagne. Certaines de ces garanties étaient remplies; l'une ne l'était pas, celle du respect de l'alliance entre Renault et Nissan.

Nissan n'étant pas prêt à voter au conseil d'administration de Renault en faveur de cette fusion, nous avons demandé quelques jours supplémentaires pour discuter avec la partie japonaise et pouvoir lancer ce projet de fusion dans les meilleures conditions possible. Fiat a fait le choix de retirer son offre.

Nous considérons qu'il était indispensable que ce projet se réalise dans le cadre d'une alliance entre Renault et Nissan, laquelle, depuis vingt ans, a apporté technologie, emploi et sécurité financière à Renault.

Quel est maintenant l'avenir de Renault?

Tout d'abord, je tiens à redire qu'il s'agit d'une entreprise solide, performante.

Ensuite, il faut consolider l'alliance entre Renault et Nissan. La direction va s'y employer. Je pars moi-même pour Tokyo dans quelques instants; je vais aussi m'y employer avec mon homologue japonais.

Enfin, nous restons ouverts à toute perspective de consolidation industrielle, mais, une fois encore, dans la sérénité, sans précipitation, pour garantir les intérêts industriels de Renault et de la nation française. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche et du groupe Les Indépendants – République et Territoires, ainsi que sur des travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen et du groupe Union Centriste.*)

SITUATION POLITIQUE EN NOUVELLE-CALÉDONIE

M. le président. La parole est à M. Pierre Frogier, pour le groupe Les Républicains. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Pierre Frogier. Ma question s'adresse au Premier ministre.

Le 12 mai dernier, les élections provinciales de Nouvelle-Calédonie ont permis de renouveler les assemblées de province et le Congrès. La famille politique à laquelle j'appartiens a largement remporté ce scrutin: avec 41 % des voix dans la province sud, elle y occupe désormais vingt des quarante sièges à pourvoir. Nous avons également obtenu trois sièges dans la province nord, à majorité indépendantiste. Ce scrutin vient confirmer les résultats du référendum du 4 novembre dernier, à l'occasion duquel le « non » à l'indépendance l'a emporté avec 57 % des suffrages.

Majoritairement, le 12 mai, les Calédoniens ont réaffirmé qu'ils veulent rester Français. Ce message ne s'adresse pas seulement au Gouvernement ou au Premier ministre, mais aussi à la France, à nous qui sommes dans cet hémicycle et qui incarnons la représentation nationale.

Malgré ces résultats, la Nouvelle-Calédonie se retrouve aujourd'hui dans une situation totalement absurde. Par un jeu d'alliances, un indépendantiste a été élu à la tête du Congrès. Dans quelques jours, il n'est pas impossible que le même scénario se répète pour l'élection du président du gouvernement.

Pour la majorité des Calédoniens, cette situation est incompréhensible, voire intolérable. Cette majorité a le sentiment que les résultats du référendum et des élections du 12 mai lui ont été confisqués et que son choix d'un avenir dans la France est ignoré. Cette majorité a même l'impression qu'on l'emmène subrepticement là où elle ne veut pas aller.

Monsieur le Premier ministre, pour clarifier cette situation et avant qu'elle ne dégénère, les élus « Avenir en confiance » au Congrès de la Nouvelle-Calédonie demanderont l'organisation, le plus tôt possible, du second référendum prévu par l'accord de Nouméa.

M. le président. Il faut conclure!

M. Pierre Frogier. Le temps presse! Êtes-vous prêt à nous accompagner en organisant le plus tôt possible ce deuxième référendum? (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, ainsi que sur des travées du groupe Union Centriste. – M. Jean-Marc Gabouty applaudit également.*)

M. le président. Pour vous répondre, en l'absence du Premier ministre, que j'ai excusé, la parole est à Mme la ministre des outre-mer.

Mme Annick Girardin, ministre des outre-mer. Monsieur le sénateur Pierre Frogier, comme vous l'avez dit, le 12 mai, les électeurs de Nouvelle-Calédonie se sont prononcés pour élire leurs représentants dans leurs institutions du territoire.

Aujourd'hui, les présidents et vice-présidents des provinces ont été élus, ainsi que le président et les responsables des instances du Congrès de Nouvelle-Calédonie. Ce dernier vient d'ailleurs de se prononcer sur le nombre de membres du gouvernement de Nouvelle-Calédonie. Il procédera à son élection le 13 juin prochain.

Je veux ici, en mon nom et en celui du Premier ministre, adresser à l'ensemble des élus nos félicitations, qu'ils siègent dans les provinces ou au Congrès. Leur mandat est le dernier dans le cadre de l'accord de Nouméa, qui a été signé en 1998.

À la veille du 12 mai, vous avez rappelé, monsieur le sénateur, l'obligation de trouver une solution partagée pour l'avenir de la Nouvelle-Calédonie. Elle ne peut passer, et vous le savez – le Premier ministre l'a dit souvent –, que par le dialogue et par le respect.

En décembre dernier, nous étions tous ensemble lors du dernier comité des signataires, et nous nous sommes donné rendez-vous à l'issue de cette série d'élections, dans les provinces, au Congrès et au gouvernement. Nous tiendrons ce rendez-vous dès qu'auront eu lieu les élections du 13 juin prochain.

Vous m'avez interrogée sur le deuxième référendum. Il est en effet prévu dans cet accord qu'un tiers des membres du Congrès peut solliciter l'organisation d'un deuxième

référendum. Cela suppose donc que la démarche soit faite. Si tel est le cas, bien entendu, conformément à l'accord, nous organiserons cette consultation.

Je veux vous redire ici que le Premier ministre va très rapidement fixer une date de rendez-vous, car nous devons reprendre le chemin du dialogue, qui est, vous le savez, essentiel pour la Nouvelle-Calédonie. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche, ainsi que sur des travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

REPRISE D'ASCOVAL

M. le président. La parole est à Mme Valérie Létard, pour le groupe Union Centriste. (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste, ainsi que sur des travées du groupe Les Républicains.*)

Mme Valérie Létard. Ma question s'adressait à M. le ministre de l'économie et des finances. Je vois qu'il a dû nous quitter ; c'est donc Mme la secrétaire d'État Pannier-Runacher qui me répondra.

Madame la secrétaire d'État, au moment où le Sénat se penche sur l'avenir de la filière sidérurgique à travers une mission d'information qui rendra ses conclusions mi-juillet, je souhaite vous interpeller sur la situation de l'aciérie Ascoval de Saint-Saulve, dont le savoir-faire est reconnu par tous.

Comme vous le savez, les salariés d'Ascoval ont rencontré, en début de semaine, le repreneur, M. Marc Meyohas, président de Greybull. Je tiens, à mon tour, à saluer le courage et l'exemplarité du comportement des salariés, qui sont aujourd'hui fatigués et lassés de toutes ces incertitudes.

Le repreneur Greybull Capital est également le propriétaire de British Steel, groupe industriel britannique placé en redressement judiciaire.

M. Meyohas a pu présenter aux salariés son projet industriel. Il s'appuie en particulier sur l'organisation d'une filière sidérurgique ferroviaire intégrée entre l'aciérie nordiste et l'usine d'Hayange, qui réalise des rails, notamment pour la SNCF. Or cette dernière unité dépend du groupe British Steel, ce qui rend son avenir incertain.

Comme l'ensemble des acteurs impliqués dans le dossier Ascoval, je reste convaincue que cette stratégie de filière ferroviaire intégrée aurait toute sa pertinence. Encore faut-il en faciliter l'émergence !

Nous faisons malheureusement depuis trop longtemps le constat que l'État français n'a pas suffisamment agi sur la stratégie industrielle et anticipé, se cantonnant dans le rôle d'un État-pompier.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Très juste !

Mme Valérie Létard. Tout en saluant le travail considérable mené par le ministère, je souhaite vous interroger sur la stratégie que vous avez choisi d'adopter pour permettre au gouvernement français d'accompagner cette filière. Avez-vous des échanges avec vos homologues britanniques pour anticiper la reprise de cette unité de British Steel par un repreneur qui pourrait être – ce qui serait le meilleur scénario industriel – Ascoval et son repreneur ? Quels moyens l'État mobilise-t-il pour assurer un avenir à cette filière ?

Pour Ascoval, il faut rapidement obtenir des commandes supplémentaires en attendant l'adaptation de l'aciérie au marché du ferroviaire.

M. le président. Il faut conclure !

Mme Valérie Létard. Des groupes comme Vallourec ou Calvi sont en mesure de passer ces commandes. Que compte faire l'État ? (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste.*)

Mme Sophie Primas. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances.

Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances. Le 2 mai 2019, la chambre commerciale du tribunal d'instance de Strasbourg a confié la reprise de l'aciérie Ascoval à Olympus Steel. Dans la foulée, Olympus Steel, l'État et la région ont finalisé la reprise et apporté la première tranche de financement de 15 millions d'euros, qui permet de conforter l'aciérie Ascoval dans la durée.

Le 22 mai dernier, British Steel, une société dont l'actionnaire est également Olympus Steel, a ouvert une procédure collective. Cette décision – vous connaissez bien le dossier, madame la sénatrice Létard, mais je veux le redire pour tous – n'a pas de conséquence juridique directe sur Ascoval. Reste que je mesure totalement l'inquiétude légitime des salariés de Saint-Saulve, car leur usine a vocation à avoir des relations partenariales avec celle d'Hayange, qui est un site de British Steel.

Je le dis nettement, tout a été fait dans la structuration du montage pour préserver l'aciérie Ascoval des difficultés prévisibles des hauts fourneaux britanniques dans le cadre du Brexit. Il est intéressant de le noter en termes de politique industrielle, ces hauts fourneaux vont perdre l'accès au marché européen et ne bénéficieront plus des mesures de protection qui avaient été mises en place pour protéger l'acier de l'Union européenne contre des sur-exportations de certains pays, notamment la Chine.

Ascoval ayant besoin de confiance, mieux vaut éviter de laisser planer ce doute.

Comme vous le dites très bien, il faut chercher des clients. La bonne nouvelle, c'est que des commandes récentes vont permettre à l'aciérie de travailler à partir de fin juin-début juillet. Ce n'est pas satisfaisant, mais c'est un signe de confiance.

Pour répondre à votre question, oui, nous accompagnons Ascoval, nous lui donnons toutes les garanties et lui renouvelons notre soutien dans cette démarche !

M. le président. Il faut conclure !

Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État. Je veux également dire qu'Hayange est un site rentable de British Steel.

Compte tenu de la solidité du projet, nous sommes confiants. Nous sommes en contact avec nos homologues britanniques pour discuter de cette option. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche. – M. Jean-Marc Gabouty applaudit également.*)

DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DU DON EN FRANCE

M. le président. La parole est à M. Bernard Buis, pour le groupe La République En Marche. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche.*)

M. Bernard Buis. Ma question s'adresse à Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse.

Monsieur le secrétaire d'État, hier, un collectif emmené par France Générosités et le Mouvement associatif a poussé un cri d'alarme, un cri d'alerte quant à la situation financière du secteur durant ces deux dernières années et aux perspectives futures.

Je partage bien entendu le constat général sur la situation budgétaire de notre pays : nous avons besoin de réduire les dépenses. Il y va indéniablement de notre crédibilité vis-à-vis des investisseurs étrangers, qui, selon les derniers chiffres, réinvestissent fortement grâce à la politique menée par le Gouvernement depuis deux ans.

Bien sûr qu'il existe une forme d'abus chez certains, qui ont un intérêt purement financier sous couvert de philanthropie. Ils profitent de la défiscalisation du don aux fondations et associations, qu'ils utilisent comme une niche fiscale comme les autres. C'est un détournement de la philosophie même du don !

Cela étant, tout l'enjeu de votre action, monsieur le secrétaire d'État, est de changer les mentalités. Vous avez ouvert sur ce sujet plusieurs pistes en novembre dernier et apporté encore ce matin des réponses concrètes qu'il serait bon de rappeler.

Vous le disiez vous-même, les associations représentent un trésor, un trésor qu'il nous faut préserver.

À l'heure où l'on évoque des ajustements quant à la fiscalité du mécénat et du don, il faut agir avec mesure et précision. Vous n'êtes pas sans savoir qu'en modifiant la fiscalité, même légèrement, on peut provoquer des changements de comportements chez nos concitoyens qui impactent radicalement nos trésors associatifs.

À l'heure où certains s'inquiètent de la situation financière de nos associations et de la baisse des dons enregistrés ces deux dernières années, pouvez-vous nous dire ce que vous comptez faire pour répondre à ces inquiétudes légitimes ? (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche.*)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse.

M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse. La France est une terre de solidarité et de générosité. Ce mouvement a tendance à s'accroître : depuis dix ans, les dons des particuliers ont augmenté de 70 % ; le mécénat des entreprises a doublé en cinq ans.

On le voit bien, il y a là l'émergence d'un mouvement qui s'appuie sur des bouleversements culturels : les entreprises ont plus intérêt à donner et à s'engager pour se conformer aux attentes des consommateurs et des jeunes actifs qui arrivent sur le marché du travail et veulent donner du sens à leur métier.

Nous avons donc des raisons d'être optimistes malgré la baisse des dons, de l'ordre de 4 %, constatée en 2018. Il est vrai que, confrontés à des modifications fiscales, notamment la transformation de l'ISF en IFI, les contribuables ont eu tendance à attendre de voir comment les choses évoluaient. Pour autant, il n'y a pas de raison que le don ne reparte pas à la hausse dans notre pays.

Nous travaillons avec Jean-Michel Blanquer sur le rebond du don en France, en préparant des mesures très concrètes, que je n'ai pas le temps de détailler. Ce matin, par exemple, j'ai réuni à la Gaîté-Lyrique l'ensemble des représentants des

grandes fondations, des mécènes, des philanthropes, des membres d'associations pour échanger avec eux sur cette question de la philanthropie et du développement d'une culture du don en France. Plusieurs voies ont été évoquées.

L'un des axes de réflexion que nous avons privilégiés avec Jean-Michel Blanquer concerne une véritable éducation à la philanthropie et à l'engagement à l'école. Dans ce domaine, nous avons beaucoup à faire, et des exemples étrangers montrent que nous pouvons implanter beaucoup de choses dans notre culture sociale.

Nous voulons aussi lever les freins aux dons. Une mission parlementaire étudie la question de la réserve héréditaire, qui pourrait être assouplie pour les Français désireux de donner davantage à des associations. Il y a aussi des pistes à travers les plateformes numériques, le *crowdfunding*...

Vous posez la question du mécénat. Elle a été abordée ce matin. Je veux le dire très clairement : le mécénat n'est pas une niche fiscale, et il doit être conforté. Cela n'interdit pas de s'interroger sur des abus et des dévoiements, précisément parce que le mécénat n'a pas vocation à devenir une niche fiscale. Je rappelle que nous avons libéré le mécénat des PME-TPE, qui peuvent déduire, depuis le début de l'année, jusqu'à 10 000 euros.

M. le président. Il faut penser à conclure !

M. Gabriel Attal, secrétaire d'État. Je conclus, monsieur le président.

Voilà pour répondre à vos questions, monsieur le sénateur Buis. Nous travaillons en lien avec les acteurs sur l'ensemble de ces sujets. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche, ainsi que sur des travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

HAUSSE DES TARIFS D'ÉLECTRICITÉ

M. le président. La parole est à M. Henri Cabanel, pour le groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen. (*Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

M. Henri Cabanel. Ma question s'adresse à M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

Le 1^{er} juin, les prix de l'électricité ont augmenté de près de 6 %. Cette augmentation considérable devrait encore être amplifiée en août prochain. Pour un foyer qui se chauffe à l'électricité et dépense annuellement en moyenne 1 500 euros, cette hausse représentera un surcoût de près de 90 euros.

Vous avez annoncé que la formule de fixation du prix de l'électricité serait revue à l'occasion de l'examen du projet de loi sur l'énergie, qui doit intervenir dans les prochaines semaines. Mais derrière la révision d'une formule technique, il y a d'abord une volonté politique. Elle consiste à donner des instructions pour aller dans un sens ou dans un autre afin de protéger certains plutôt que d'autres.

Plusieurs associations de consommateurs ont mis en évidence que cette hausse est deux fois supérieure à l'augmentation des coûts d'EDF, qui s'élève à 3 %, le surplus de hausse servant à favoriser la bonne santé des concurrents d'EDF. L'Autorité de la concurrence avait d'ailleurs rendu un avis défavorable à la proposition de la Commission de régulation de l'énergie en soulignant les fragilités juridiques.

Lors de l'examen du projet de loi que j'évoquais, nous discuterons pour savoir ce qui doit justifier le coût de l'électricité. Nous trancherons sur ce qui doit être consacré à la transition énergétique, laquelle suscite beaucoup d'attentes chez nos concitoyens. Nous discuterons aussi du coût du nucléaire, sachant que l'entretien et la sécurité des centrales ne sont pas négociables.

Alors que, dans quelques jours, nous débattons d'une proposition de loi sur la question de la précarité énergétique, je crois pouvoir dire que nous serons attentifs à ce que ce ne soient pas que les plus modestes qui paient. Or ceux-ci sont particulièrement exposés. En effet, leurs logements sont mal isolés et les taxes qui pèsent pour un tiers sur le prix de l'électricité sont également soumises à la TVA, impôt particulièrement injuste, car il frappe sans distinction toutes les classes de la société.

Le Gouvernement va-t-il donner pour instruction de modifier la formule du prix de l'électricité afin de protéger les ménages des hausses intempestives? (*Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Monsieur le sénateur Cabanel, vous le savez – vous l'avez d'ailleurs redit –, le mode de calcul des tarifs régulés de l'électricité n'est pas la décision directe du Gouvernement. Fruit d'une disposition législative votée en 2010 au Parlement et confirmée en 2015, il est, disons-le, un compromis entre l'opérateur historique, EDF, et l'ouverture à la concurrence.

M. Ladislas Poniatowski. On peut la changer!

M. François de Rugy, ministre d'État. Ce mode de calcul tient bien sûr compte des coûts de production.

Le principe du tarif régulé veut que les prix payés par ceux qui souscrivent des contrats d'électricité au tarif régulé ne soient pas plus élevés que les coûts de production. Cela intègre, bien sûr, les coûts de l'électricité vendue en gros sur le marché, qui ont beaucoup augmenté ces deux dernières années, ce qui explique principalement cette hausse.

Il y a un levier, vous en avez parlé, il s'agit du tarif de l'accès régulé à l'électricité nucléaire historique, l'Arenh, avec un prix garanti de 42 euros le mégawattheure, même si EDF demande qu'il soit revalorisé à la hausse. Eh bien, c'est cet accès qui offre une maîtrise des prix et évite de suivre totalement les variations du marché.

Le texte Énergie-climat contient en effet un article de loi qui permettra de se prononcer sur la possibilité d'offrir un accès plus large à cette électricité à un coût maîtrisé, qui est celui de l'Arenh. Il revient maintenant au débat parlementaire de définir les orientations.

Par ailleurs, vous le savez, nous avons pris des mesures d'urgence en refusant d'augmenter le tarif de l'électricité durant l'hiver pour préserver les gens qui se chauffent à l'électricité. Nous avons augmenté le montant et le nombre des bénéficiaires du chèque énergie pour aider les plus modestes à payer leurs factures d'énergie. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche.*)

PROJET DE FERMETURE DU TRAIN DE FRET
PERPIGNAN-RUNGIS

M. le président. La parole est à M. Pascal Savoldelli, pour le groupe communiste républicain citoyen et écologiste. (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. Pascal Savoldelli. Ma question s'adressait à Mme la ministre chargée des transports, mais je pense que c'est vous, monsieur le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire, qui allez me répondre.

Dans le cadre de sa réforme constitutionnelle, le Président de la République souhaite inscrire dans la Constitution la préservation de l'environnement. Nous avons entendu la préoccupation de votre majorité vis-à-vis du réchauffement climatique, mais, au-delà des déclarations d'intention, c'est grâce aux actes qu'on croit aux paroles!

L'une des principales lignes de fret de notre pays, celle qui relie Perpignan à Rungis, va fermer. Cette fermeture se traduira bientôt par la présence de 25 000 camions sur les routes, avec toute la pollution et la dégradation des voiries que cela engendre. Pourtant, cette ligne marche économiquement : de la plateforme logistique de Perpignan, elle approvisionne le MIN de Rungis de 1 400 tonnes de fruits et légumes par jour.

Afin de maintenir cette ligne, Fret SNCF est prêt à investir 25 millions d'euros dans le renouvellement de la flotte de wagons. Cet investissement devrait durer sur vingt ans. Or pour qu'il soit rentable, il est nécessaire que la SNCF obtienne le monopole sur la ligne. Allez-vous confier le monopole du fret ferroviaire à Fret SNCF? Allez-vous annoncer un plan de réinvestissement qui permette de relancer le fret ferroviaire en France, durement impacté depuis son ouverture à la concurrence en 2006? (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, ainsi que sur des travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Je tiens à redire ici ce que la ministre chargée des transports a déjà dit à plusieurs reprises.

Nous avons réuni les principaux acteurs : la SNCF, qui transporte aujourd'hui ces fruits et légumes en provenance du sud de la France depuis la plateforme de Perpignan jusqu'à Rungis, les plateformes de Rungis et de Perpignan et les clients de ce transport – pour remplir les wagons, il faut évidemment que des producteurs de fruits et légumes, des grossistes utilisent ces transports ferroviaires.

Vous le savez, monsieur le sénateur, nous sommes engagés dans une politique de développement du transport ferroviaire. Nous n'avons jamais autant investi dans le rail en France qu'en cette période. (*Protestations sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste et du groupe Les Républicains.*)

Vous pouvez dire le contraire sur toutes les travées, il peut y avoir des protestations de la droite à la gauche de l'hémicycle, mais les chiffres sont là : c'est 40 %! (*Mêmes mouvements sur les mêmes travées.*) Vous pouvez vociférer, cela ne changera rien au chiffre : les investissements ont augmenté de 40 % dans le transport ferroviaire!

Mme la sénatrice Létard le disait tout à l'heure à propos d'Ascovall : les commandes de rails pour régénérer les voies ont été multipliées par deux. C'est du concret ! Cela signifie qu'on rénove deux fois plus de rails aujourd'hui qu'on ne le faisait auparavant. (*Exclamations sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste et du groupe Les Républicains.*)

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

M. François de Rugy, ministre d'État. Dans ce domaine, nous ne voulons plus être dépendants d'un seul opérateur. Nous considérons donc, contrairement à vous, monsieur le sénateur, mais c'est une différence que nous assumons pleinement, que, plus les opérateurs ferroviaires seront nombreux, mieux ce sera pour avoir le meilleur service possible au moindre coût.

La réforme ferroviaire permettra d'accélérer la modernisation des services ferroviaires pour que les chargeurs de marchandises utilisent davantage le train et moins le camion. En l'occurrence, pour ce qui est de Rungis, la SNCF s'est engagée à poursuivre le service...

M. le président. Il faut conclure !

M. François de Rugy, ministre d'État. ... jusqu'à la fin de l'année, aux mêmes conditions, et à faire des propositions concrètes pour poursuivre le service les années suivantes. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche, ainsi que sur des travées du groupe Union Centriste.*)

M. le président. La parole est à M. Pascal Savoldelli, pour la réplique.

M. Pascal Savoldelli. Monsieur le ministre d'État, vous voulez inscrire l'écologie dans la Constitution et, là – mais vous ne nous répondez pas ! –, on va mettre 80 camions par jour sur les routes ! Mais, enfin, il faut dire la vérité !

Je le dis à mes collègues ici : les agents, on les a, pour faire fonctionner la ligne ; les locomotives, on les a ! Dès demain, on peut louer des wagons neufs réfrigérés pour acheminer les 1 400 tonnes de fruits et légumes au MIN de Rungis. La SNCF est prête ! Il faut évidemment que la ligne soit rentable, concept qui entre en principe dans vos éléments de langage... Pour ça, confiez-lui le monopole de cette ligne d'intérêt national entre Perpignan et Rungis. En plus, ça vous permettra de respecter vos engagements. L'écologie ne peut pas se réduire à des paroles, il faut passer aux actes !

M. le président. Il faut conclure !

M. Pascal Savoldelli. Dernière chose : vous opposez les chargeurs, les transporteurs, en gros les entreprises privées et le fret.

M. le président. Il faut conclure, cette fois-ci !

M. Pascal Savoldelli. Vous n'avez rien fait pendant un an ! Vous avez démantelé cette ligne ! Vous portez une très lourde responsabilité ! (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, ainsi que sur des travées du groupe socialiste et républicain et du groupe Les Républicains.*)

AVENIR ET MOYENS DU MINISTÈRE DU SPORT

M. le président. La parole est à M. Gilbert-Luc Devinaz, pour le groupe socialiste et républicain. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. Gilbert-Luc Devinaz. Ma question s'adresse à Mme la ministre des sports.

Demain va s'ouvrir la Coupe du monde féminine de football. L'engouement populaire est fort et les attentes sont importantes pour notre équipe nationale.

En 2024, ce sont les jeux Olympiques et Paralympiques que Paris va accueillir. Des événements qui consacrent l'élite du sport tout en suscitant une attente collective énorme.

Pourtant, le mouvement sportif s'inquiète, madame la ministre : trois ans de baisse continue du budget du ministère des sports hors JO, la diminution du nombre d'emplois aidés, une agence nationale aux contours flous, 1 600 conseillers techniques et sportifs dont l'avenir est plus qu'incertain, ce qui provoque une crise dont le dénouement est impératif pour regagner la confiance du monde sportif. Tout cela sans oublier la baisse significative du CNDS. Dans nos territoires, l'inquiétude est palpable.

Sous couvert de donner une plus grande autonomie aux fédérations et aux collectivités, cette orientation ne cache-t-elle pas une forme de désengagement de l'État ? Comment pourra-t-on former la future génération de sportives et sportifs sans l'aide publique de l'État ? Devra-t-on passer par des structures payantes, privées, à but lucratif, qui feront la part belle aux disciplines en vogue, oubliant les activités moins médiatisées ?

Votre projet semble casser notre modèle national. N'est-il pas en train de briser toute la dynamique sportive, de nous faire courir le risque d'un déclassement dans les prochaines années ? Êtes-vous certaine de favoriser l'excellence et la renommée du sport à la française ?

Nous aurions pu lever ces interrogations si un vrai débat parlementaire avait eu lieu.

Madame la ministre, je vais vous poser quatre questions : où en est le programme Sport et société ? Où en est la mise en œuvre de l'institut du sport pour tous ? Comment l'Agence nationale du sport va-t-elle se décliner dans nos territoires ? Pourquoi maintenir votre position sur le détachement d'office des conseillers techniques et sportifs ? (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain, ainsi que sur des travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

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

Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports. L'organisation du sport français n'a que très peu évolué depuis les années soixante. À l'époque, les fédérations étaient balbutiantes, les collectivités locales n'existaient pas et le monde économique ne s'intéressait pas au sport. Depuis, le monde a changé, les attentes des Français aussi. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. Patrick Kanner. Répondez aux questions, madame !

Mme Roxana Maracineanu, ministre. Aujourd'hui, une majorité de Français fait du sport en dehors d'un club. Surtout, un Français sur deux ne pratique aucune activité physique. Il était devenu impératif de questionner notre modèle.

C'est parce que les acteurs du monde du sport se sont démultipliés que l'Agence nationale du sport a été créée. Avec ce nouvel opérateur, l'État garde la main, mais il la tend aussi. En effet, le sport, c'est, outre le haut niveau, le moyen d'être en bonne santé, de s'épanouir, d'éduquer ou de réparer.

Cette agence marchera bien sur ses deux jambes : la haute performance et le développement du sport pour tous.

M. Patrick Kanner. La réponse, madame !

Mme Roxana Maracineanu, ministre. Elle aura pour mission de piloter le déploiement des politiques sportives en concertation avec tous les acteurs et au plus près des territoires. L'État doit être plus agile et capable de s'adapter aux besoins de chaque Français.

M. Patrick Kanner. Et les conseillers techniques ?

Mme Roxana Maracineanu, ministre. La création de l'Agence traduit aussi une nouvelle ambition, un État stratège et partenaire. Elle augmente la capacité d'action du ministère des sports, qui va assurer pleinement ses missions de sécurité des pratiquants, de respect des règles et d'éthique, de l'intégrité, de la formation, de l'élaboration de politiques interministérielles. Le ministère des sports conserve son rôle central dans l'élaboration, le pilotage et la mise en œuvre des politiques publiques.

J'entends dire, comme vous l'avez dit, monsieur le sénateur, que, depuis mon arrivée, le ministère des sports serait affaibli.

M. Patrick Kanner. Oui !

Mme Roxana Maracineanu, ministre. Permettez-moi, mesdames, messieurs les sénateurs, de le répéter devant vous, je suis fière de l'action d'un Gouvernement qui fait le choix fort de développer des politiques sportives ambitieuses et qui le traduit par un ministère des sports de plein exercice,...

M. Patrick Kanner. Votre budget, madame !

Mme Roxana Maracineanu, ministre. ... chose qui n'est pas arrivée depuis un certain temps ;...

M. le président. Il faut penser à conclure !

Mme Roxana Maracineanu, ministre. ... un Gouvernement qui permettra de vous présenter une exécution budgétaire 2018 à son plus haut niveau depuis dix ans ; de l'action d'un Gouvernement...

M. le président. Il faut conclure !

Mme Roxana Maracineanu, ministre. ... engagé derrière Paris 2024 pour en faire un grand événement populaire ; des politiques sportives et un ministère des sports...

M. le président. Il faut vraiment conclure !

Mme Roxana Maracineanu, ministre. ... plus fort qu'hier...

M. le président. Madame la ministre, moi aussi, je travaille au chronomètre !

Mme Roxana Maracineanu, ministre. ... et encore plus fort demain !

SITUATION DES PETITES LIGNES FERROVIAIRES

M. le président. La parole est à M. Jacques Genest, pour le groupe Les Républicains. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Jacques Genest. Madame la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, j'aurais pu poser ma question à votre collègue ministre chargée des transports, mais j'ai considéré qu'elle soulevait un véritable problème d'aménagement du territoire.

Lors de la restitution du grand débat, M. le Président de la République a déclaré : « Les Français ont confiance dans leurs élus locaux et ce nouvel acte de décentralisation doit porter sur des politiques de la vie quotidienne », dont le transport,

« pour garantir des décisions prises au plus près du terrain. » Il avait bien compris que le détonateur de la crise des « gilets jaunes » avait été le prix du carburant.

À l'occasion de la loi Mobilités, un tir en règle s'est déclenché contre les petites lignes aériennes intérieures à travers des amendements visant à demander une nouvelle contribution au décollage et la suppression de la quasi-totalité des lignes.

Vous n'ignorez pas que ces petites lignes ont un rôle essentiel de désenclavement pour ces territoires éloignés. Je pourrais citer Aurillac, Le Puy, Biarritz, Clermont-Ferrand et d'autres. J'affirme que, contrairement aux dires des auteurs de ces amendements, ces lignes sont empruntées non par des privilégiés mais en majorité par des acteurs essentiels de l'économie locale.

Madame la ministre, quelle est la position du Gouvernement face à ces attaques contre des territoires enclavés et que proposez-vous ? Le Gouvernement est-il prêt à s'engager à renoncer à toute taxation supplémentaire ou interdiction qui pénaliserait une fois de plus l'aménagement du territoire ? (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, ainsi que sur des travées du groupe Union Centriste et du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales...

Non, ce sera M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire qui va vous répondre. (*Exclamations amusées sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Monsieur le sénateur Genest, je remarque la joie qui vous emplit de me voir répondre à votre question. (*Sourires.*) En effet, c'est moi qui suis le ministre de tutelle des transports, et Elisabeth Borne est actuellement retenue à l'Assemblée nationale par la discussion du projet de loi d'orientation des mobilités.

Je pensais que votre question porterait sur les petites lignes ferroviaires. Elle concerne en réalité les « petites » lignes aériennes, ces lignes qui permettent le désenclavement de villes comme Aurillac, dont vous avez parlé. On pourrait également évoquer Castres et d'autres villes assez éloignées de Paris qu'il est difficile de rejoindre en train ou en voiture dans des temps de parcours acceptables. Pour ces trajets, l'avion apporte un surcroît de service.

Je tiens à dire que ce qui a été voté à l'Assemblée nationale ne consiste pas à surenchérir le coût des billets d'avion. La solution choisie est de prélever un surplus non utilisé de la taxe dite Chirac – créée sous la présidence de Jacques Chirac pour financer des mesures de solidarité internationale. Cette somme de 30 millions à 40 millions d'euros financera l'Agence de financement des infrastructures de transport de France.

Même s'il s'agit d'une demande largement exprimée, notamment par les « gilets jaunes », que vous n'avez pas hésité à soutenir lors d'une question précédente, je vous le rappelle,...

M. Jacques Genest. Je l'assume !

M. François de Rugy, ministre d'État. ... nous avons refusé de taxer le kérosène sans distinction. Nous avons choisi d'écarter du dispositif les vols intérieurs, car nous savons que cela aurait un effet de concurrence déloyale avec nos voisins. Nous aurions une bataille au niveau européen.

Je vous confirme que nous continuons à subventionner ces lignes – car subvention il y a. Nous cherchons, là aussi, les meilleurs opérateurs pour remplacer les compagnies qui veulent se désengager, afin de garantir la desserte de tout le territoire. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche.*)

M. le président. La parole est à M. Jacques Genest, pour la réplique.

M. Jacques Genest. Je vous remercie, monsieur le ministre d'État, mes inquiétudes sont un peu levées, mais pas tout à fait.

Pas d'autoroute, pas de TGV, parfois pas même de train – si vous avez la chance d'être à deux ou trois heures d'une gare de TGV, celui-ci est régulièrement en retard et souvent complet –, explosion du prix de l'électricité, alors que vous nous invitez à acheter des voitures électriques, et maintenant menaces sur les lignes aériennes intérieures: quel tableau pour la mobilité dans nos territoires enclavés!

Je vous propose de ne pas affecter le surplus de 30 millions d'euros de la taxe sur les billets d'avion à l'Afitf, agence qui, comme les autres, coûte très cher en frais de fonctionnement. Je vous propose à la place plusieurs choix.

M. le président. Il faut conclure dans vos choix!

M. Jacques Genest. Je vous propose de les affecter, soit à une baisse des taxes sur les petites lignes, soit à des travaux routiers prioritaires dans ces secteurs. Je vous suggérerais également volontiers, avec un peu d'humour, d'acheter des trottinettes, mais pas électriques, puisque l'électricité coûte trop cher! (*Marques d'impatience sur les travées du groupe La République En Marche.*)

M. le président. Il faut vraiment conclure!

M. Jacques Genest. Vous n'avez pas retenu la leçon: il faut arrêter l'écologie punitive, comme l'avait dit M. Hulot lors de son départ du Gouvernement. (*Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains.*)

DÉREMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS HOMÉOPATHIQUES

M. le président. La parole est à M. Yves Détraigne, pour le groupe Union Centriste. (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste.*)

M. Yves Détraigne. Ma question s'adressait à Mme la ministre des solidarités et de la santé; du fait de son absence, je l'adresserai plutôt à Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès d'elle.

Je souhaite appeler votre attention, madame la secrétaire d'État, sur le déremboursement des médicaments homéopathiques, qui semble être envisagé. L'avis de la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé n'a certes pas encore été rendu, mais il est à craindre, selon les bruits qui courent, que cette décision soit déjà officieusement prise.

Pourtant, toutes les études d'opinion convergent pour constater que plus de 70 % des Français sont attachés à la liberté de choisir entre allopathie et homéopathie. Trois

quarts des Français interrogés pensent que l'homéopathie a prouvé son efficacité et sont favorables au maintien de son remboursement.

Une étude menée à la demande du ministère de la santé en 2006 a d'ailleurs démontré l'intérêt de l'homéopathie pour la santé publique: ce comité d'experts indépendants indiquait que, à niveau de gravité égal, le résultat de la pratique des médecins homéopathes était comparable à celui de leurs collègues qui ne prescrivent pas d'homéopathie, mais surtout qu'il offrait un gain réel du fait de l'économie de prescription de médicaments conventionnels. Ainsi, un patient traité par homéopathie consomme trois fois moins d'anti-inflammatoires et d'antibiotiques.

Par ailleurs, l'homéopathie est un recours indéniable auprès des enfants et des femmes enceintes. Elle est aujourd'hui utilisée quotidiennement comme soin de support aux traitements anticancéreux. Ne plus la rembourser engendrerait une surconsommation de médicaments allopathiques et une augmentation de la charge financière supportée par notre système de santé.

Enfin, économiquement parlant, le déremboursement entraînerait, à moyen terme, la fin de cette filière en France, alors même que nous abritons sur notre territoire le leader mondial en ce domaine et que les trois laboratoires pharmaceutiques opérant dans ce secteur ont tous fait le choix de l'Hexagone pour la production de leurs médicaments: ils emploient plus de 3 200 personnes réparties sur l'ensemble du territoire national. Une telle décision aurait donc également des conséquences sociales particulièrement fâcheuses.

M. le président. Votre question?

M. Yves Détraigne. J'y viens, monsieur le président.

Madame la secrétaire d'État, pouvez-vous nous indiquer si vous allez, ou non, dérembourser ces remèdes médicaux naturels et peu onéreux qui permettent de réduire la consommation allopathique? (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste, ainsi que sur des travées du groupe Les Républicains et du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. La commission de la transparence, commission spéciale de la Haute Autorité de santé, est une instance collégiale, scientifique et indépendante qui regroupe cliniciens et membres d'associations de patients et d'usagers.

La commission de la transparence a rendu le 15 mai dernier un avis commun à l'ensemble des médicaments, en offrant des conclusions détaillées par maladie ou par symptôme, selon les données disponibles. Elle a fondé son évaluation sur les preuves disponibles et la littérature – près de 800 études ont été consultées –, sur les données déposées par les trois laboratoires que vous avez cités, monsieur le sénateur Détraigne, mais aussi sur les contributions des parties prenantes.

Depuis les années soixante, l'homéopathie bénéficie d'un statut et d'un régime dérogatoires. Il était important de mettre fin à ce débat en mobilisant une expertise scientifique et indépendante qui se baserait sur une analyse de la totalité de la littérature. C'est pour cette raison que Mme la ministre a saisi la Haute Autorité de santé en août 2018.

En France, le remboursement des médicaments se fonde sur un principe fort : on prend en charge les thérapies dont l'effet est scientifiquement prouvé. Les patients doivent pouvoir bénéficier d'une information claire et appropriée sur ces médicaments, afin de pouvoir choisir d'y avoir recours ou non, en cas de maintien du remboursement comme en cas de déremboursement.

Ces médicaments sont, pour leur grande majorité, vendus sans ordonnance et ne sont actuellement pas remboursés. Une partie d'entre eux est prise en charge à hauteur de 30 % par la sécurité sociale. Il ne s'agit donc pas de réformer pour faire des économies.

Enfin, sur la question de l'emploi, le Gouvernement est sensible bien évidemment à ce sujet. Nous comprenons celles et ceux qui s'inquiètent, au sein des territoires, des risques que ce déremboursement pourrait avoir sur l'emploi et sur l'économie locale. Les laboratoires pharmaceutiques sauront s'adapter à cette situation : nous ne sommes pas en train d'interdire l'homéopathie. Par ailleurs, les industriels qui produisent en France pourront continuer à vendre leurs médicaments dans notre pays, mais aussi à l'international. (*Applaudissements sur des travées du groupe La République En Marche.*)

PRÉDATION DE L'OURS

M. le président. La parole est à Mme Maryse Carrère, pour le groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen. (*Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

Mme Maryse Carrère. Ma question s'adresse à M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

Monsieur le ministre d'État, l'espace montagnard s'apprête à vivre sa période de transhumance. Aussi, je souhaite vous alerter sur son activité pastorale. Vous ne pouvez ignorer ni cette pratique ancestrale ni ces femmes et ces hommes qui, chaque jour, font vivre une économie locale prônant l'excellence, entretiennent nos paysages, garantissent le maintien des populations montagnardes et valorisent l'économie touristique.

Ces éleveurs sont à bout de forces. Ils ne supportent plus de vivre sous une perpétuelle menace de prédation, à mesure que l'ours ou le loup se rapprochent des villages, que ce soit dans les Pyrénées ou dans les autres territoires de montagne. Ils n'en peuvent plus qu'on réponde aux attaques que subissent leurs bêtes par une indemnisation qui sonne comme un aveu d'échec. Ils n'ont que faire des mesures de protection, qui sont inefficaces face aux prédateurs dont le comportement est inquiétant.

L'une des meilleures garanties contre la prédation est la présence humaine. Allons-nous, alors, condamner nos éleveurs à travailler dans des conditions archaïques, à 2 000 mètres d'altitude, nuit et jour, pour protéger eux-mêmes leurs troupeaux ?

Face à la crise des vocations qui se profile, l'heure n'est plus aux mesures de prévention : il faut agir !

Un seul ours a récemment perpétré trois attaques en moins de cinq jours, à quelques centaines de mètres des habitations. Il a été présenté par les autorités comme anormalement prédateur.

Aussi, monsieur le ministre d'État, à quand une étude mesurant l'impact économique, sanitaire et social de ces réintroductions ? Jusqu'où êtes-vous prêt à aller dans la mise en place des protocoles « ours à problème » ? Plus globalement, quand allez-vous entendre ces éleveurs et tenter de comprendre leur détresse ? (*Applaudissements sur des travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, du groupe Les Indépendants – République et Territoires, du groupe Union Centriste et du groupe Les Républicains.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Je connais bien ce problème de cohabitation entre les activités humaines et la nature, dans sa biodiversité. On ne saurait en effet parler de la biodiversité de façon purement théorique : vous avez donc bien fait, madame la sénatrice Carrère, d'évoquer de façon concrète ces problèmes de cohabitation.

Cela dit, nous sommes clairs : l'ours est une espèce protégée. Nous avons même procédé à la réintroduction de deux ours slovènes, à l'automne dernier, dans les Pyrénées-Atlantiques, car nous voulons préserver l'ours des Pyrénées. Il n'y a qu'une dizaine d'ours dans l'ensemble du massif pyrénéen, ce qui rend de toute façon sa préservation fragile. Je vous le dis clairement, comme je l'ai énoncé aux éleveurs et aux élus locaux que j'ai rencontrés : nous ne mènerons pas une politique d'éradication de l'ours dans les Pyrénées.

Nous sommes en revanche au rendez-vous pour aider les éleveurs et les accompagner dans leur cohabitation avec l'ours, ou d'ailleurs le loup, et ce depuis de nombreuses années. D'ailleurs, une réunion se tenait cet après-midi même, à Toulouse, entre des associations de protection de la nature et des organisations agricoles. Malheureusement, des deux côtés, certaines organisations boycottent ces rencontres, ce qui rend à l'évidence difficiles le dialogue et la coopération sur ces sujets.

M. le ministre de l'agriculture et moi-même avons proposé un certain nombre de mesures concrètes. Nous voulons, d'abord, offrir aux éleveurs une meilleure information sur la localisation de l'ours ; nous espérons que chacun jouera le jeu en la matière. Nous entendons également leur octroyer un accompagnement financier renforcé pour la mise en place de mesures de protection des troupeaux ; vous savez que des mesures d'accompagnement sont en place pour les parcs, les chiens et les bergers. Ces mesures sont subventionnées jusqu'à 100 %, et beaucoup d'autres le sont à 70 %. Enfin, nous prévoyons la mise en place d'un dispositif d'effarouchement graduel, ainsi qu'une revalorisation de l'indemnisation. (*Applaudissements sur des travées du groupe La République En Marche.*)

M. le président. La parole est à Mme Maryse Carrère, pour la réplique.

Mme Maryse Carrère. Si les éleveurs boycottent aujourd'hui la réunion de Toulouse, il y a bien une raison : ils ne croient plus en ces mesures de prévention ! Ils transhument aujourd'hui la boule au ventre, car ils ne voient pas d'avenir dans leur filière. Il est temps d'apporter de vraies réponses pour apaiser leur colère. Je pense qu'il faut que vous fassiez maintenant un pas vers eux ! (*Applaudissements sur des travées du groupe du Rassemblement Démocra-*

tique et Social Européen, du groupe Les Indépendants – République et Territoires, du groupe Union Centriste et du groupe Les Républicains.)

DIFFICULTÉS DES MISSIONS LOCALES

M. le président. La parole est à Mme Sabine Van Heghe, pour le groupe socialiste et républicain. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.)*

Mme Sabine Van Heghe. Ma question s'adresse à Mme la ministre du travail.

Les 436 missions locales constituent le service public territorial de l'insertion et de l'accompagnement des jeunes par excellence. Elles accompagnent 1,3 million de jeunes, dont 584 000 accèdent à l'emploi, 40 000 à un contrat en alternance, 186 000 à une formation professionnelle et 223 000 à une immersion professionnelle.

L'action des réseaux des missions locales se trouve déstabilisée depuis plusieurs mois : l'accompagnement de centaines de milliers de jeunes est clairement menacé.

Les responsables des missions locales de mon territoire du Pas-de-Calais m'ont fait part de leurs inquiétudes, relayées également par les élus locaux. Ils craignent une menace politique de fusion ou de contrôle des missions locales par Pôle emploi, ou encore une reprise des missions par des opérateurs du secteur privé. La baisse des crédits de la convention pluriannuelle d'objectifs les inquiète également, de même que les retards constatés dans le versement des subventions pour 2019. Enfin, ils ressentent de l'inquiétude à la suite des modifications rétroactives des règles de paiement de l'accompagnement de la garantie jeunes.

Nos questionnements face au devenir des missions locales se nourrissent, malheureusement, de vos orientations politiques néfastes : la politique de l'emploi se trouve affaiblie par la réduction drastique des emplois aidés, qui touche les plus fragiles, mais aussi par la baisse des crédits et des effectifs alloués à Pôle emploi, décidée sous le prétexte d'une amélioration des chiffres de l'emploi, amélioration malheureusement très peu visible et très peu ressentie par les plus exclus de nos concitoyens.

Ce lundi 3 juin, les 72 missions locales franciliennes ont organisé une journée morte pour dénoncer la baisse de leur financement pour 2019, baisse qui menace 70 emplois et, surtout, réduit les capacités d'accompagnement pour 10 000 jeunes.

Ma question est simple et directe : quand allez-vous cesser de détruire méthodiquement tous les outils de la politique de l'emploi permettant aux plus fragiles de sortir de la spirale du chômage ? *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.)*

M. le président. La parole est à M. le ministre chargé des relations avec le Parlement.

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. Madame la sénatrice Van Heghe, je vous prie d'excuser Muriel Pénicaud, qui est retenue par le G7 social qui se tient, pendant deux jours, à son ministère.

Je voudrais vous remercier de votre question : je partage vos déclarations sur le rôle important des missions locales, qui constituent un maillon essentiel du service public de l'emploi. Elles permettent de repérer, d'accueillir, d'orienter et d'accompagner les jeunes en difficulté.

À ce titre, Mme la ministre du travail a souhaité que l'effort financier de l'État en faveur des missions locales soit préservé en 2019, malgré la contrainte budgétaire que nous connaissons. La répartition de ces crédits dépend des services du ministère du travail en régions, selon des critères qui prennent en compte les résultats des missions locales, mais aussi le contexte dans lequel s'inscrit leur action.

Mme la ministre du travail a également souhaité que soit mise en œuvre, à partir de 2019 – je l'avais d'ailleurs rappelé dans cette enceinte le 5 avril dernier –, une globalisation des crédits de la subvention socle aux missions locales et des crédits d'accompagnement de la garantie jeunes.

Source de simplification dans son principe, cette réforme a pu occasionner de réelles difficultés, comme celles que vous avez évoquées ; nous ne nions pas leur existence. Aussi Muriel Pénicaud a-t-elle décidé de procéder, en octobre prochain, à un versement exceptionnel de 60 millions d'euros aux missions locales, qui permettra de solder le précédent système et, d'ores et déjà, de résoudre les difficultés observées.

Madame la sénatrice, nous partageons le même objectif, l'emploi des jeunes. Pour mener cette bataille, il faut que les missions locales continuent et amplifient leurs actions auprès des jeunes, qu'elles soient bien connectées avec les problématiques d'apprentissage, d'accès à la formation et d'emploi, afin de permettre à ces jeunes d'accéder à un avenir sans pour autant procéder aux fusions que vous avez semblé craindre dans votre présentation du processus en cours.

PLAN FRANCE TRÈS HAUT DÉBIT

M. le président. La parole est à M. Patrick Chaize, pour le groupe Les Républicains. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)*

M. Patrick Chaize. Ma question s'adressait au Premier ministre.

L'aménagement numérique du territoire fait partie des engagements du Président de la République. S'il faut bien reconnaître au Gouvernement une volonté de mettre en œuvre des solutions efficaces sur le mobile, notamment par le biais du *new deal*, en revanche, concernant les lignes fixes, les interventions semblent pour le moins incohérentes et leur efficacité très incertaine : elles semblent plus relever d'un pari hasardeux que de choix mûrement réfléchis.

L'accélération promise se traduit en effet, en dépit d'une habile communication, par la relégation du 100 % FTTH pour tous vers un horizon de date qui recule au fur et à mesure que l'on s'en approche. J'en veux notamment pour preuve l'apparition de cette date de 2022 dans les nouvelles versions des conventions des zones dites AMII, alors que, jusqu'à présent, les opérateurs privés devaient inscrire leurs intentions dans un calendrier arrêté au 31 décembre 2020. Certes, des engagements valent mieux que des intentions, mais c'est ce que verront les habitants qui nous intéressent au premier chef. Quant aux résultats de l'accélération dans les zones dites AMEL, ils brillent par leur absence.

Monsieur le Premier ministre, vous avez présenté à Cahors, le 14 décembre 2017, ce nouveau dispositif temporaire comme devant se terminer à la fin de mai 2018. Or, retard

après retard, il aura fallu dix-huit mois au Gouvernement pour accepter les trois premiers dossiers. Plutôt que d'accélération, il convient de parler de précipitation ! Dans le même temps, les réseaux d'initiative publique ont fortement accéléré leur déploiement, renégocié favorablement leurs contrats de DSP existants, ou en ont attribué de nouveaux, toujours plus favorables et économes en argent public.

Il convient de clore les aventures hasardeuses de l'État et de rouvrir le guichet de financement du plan France très haut débit, afin de relancer la seule mécanique qui fonctionne à présent et qui offre toutes les garanties à l'État comme aux collectivités pour atteindre le 100 % FTTH : les réseaux d'initiative publique. Vous l'avez vous-même reconnu récemment par écrit, en indiquant que la fermeture du guichet était nécessaire pour que les AMÉL aient une petite chance de succès. Cette chance est passée !

M. le président. Votre question !

M. Patrick Chaize. Le bilan est décevant, certes, mais l'important est maintenant de tourner la page, et de la tourner très vite.

Monsieur le Premier ministre, rouvrez immédiatement le plan France très haut débit. Il est urgent de remettre de la cohérence, de la pérennité et de la visibilité dans l'aménagement numérique, pour le dynamisme et l'attractivité de notre territoire, et de cesser de jouer aux apprentis sorciers. *(Marques d'impatience sur les travées du groupe La République En Marche.)*

M. le président. Terminez !

M. Patrick Chaize. Il y va de la crédibilité du Gouvernement en la matière ! *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)*

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales.

Mme Jacqueline Gourault, ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales. Le Gouvernement, les parlementaires, les élus locaux, les opérateurs privés et les citoyens partagent tous la même ambition : avoir une couverture numérique satisfaisante du territoire, une couverture qui offre à tous les Français un accès au très haut débit et à des services mobiles de qualité.

Depuis deux ans, le Gouvernement s'est donné les moyens de mettre en œuvre, en pleine collaboration avec l'ensemble des acteurs, dont les élus locaux, les objectifs ambitieux définis au niveau national. Nous constatons que nos efforts sont payants : l'accélération des déploiements est une réalité, dans les zones urbaines comme dans les zones rurales. Chaque jour ouvré, 13 000 lignes en fibre optique sont construites. Cela représente 3,2 millions de lignes FTTH en 2018. Les chiffres du premier trimestre de 2019, qui seront annoncés demain, marquent une très forte accélération.

Les collectivités territoriales ont fortement contribué à cette performance, en construisant près de 750 000 lignes de fibre optique en 2018, ce qui constitue un record pour les réseaux d'initiative publique.

Pour l'État, ce programme représente un effort financier de 3,3 milliards d'euros. Dans l'Ain, qui est cher à votre cœur, monsieur le sénateur Patrick Chaize, l'État s'est engagé à hauteur de 91 millions d'euros.

Quant à la réouverture du guichet, que vous appelez de vos vœux, nous avons toujours dit qu'il fallait, avant toute décision, vérifier dans quelle mesure les acteurs privés que vous avez évoqués étaient prêts à financer à leurs frais le reste des prises non financées. On parle là de 3 à 4 millions de prises, sur un total de 34 millions.

Vous n'ignorez pas que j'ai fixé au 15 juin la date limite avant laquelle les opérateurs devront nous faire part de toutes leurs intentions d'investissement ; c'est une date finale, comme vous l'avez rappelé vous-même. À partir de là, nous ferons un diagnostic précis, territoire par territoire, de ce que représente le reste à faire, ainsi que de l'effort supplémentaire et des engagements financiers que cela impliquerait pour l'État.

Ce travail se fait en pleine collaboration avec les territoires et les associations, dont celle que vous présidez, l'Avicca. Je vous remercie à ce propos de l'action que vous menez, à nos côtés, pour un meilleur aménagement numérique de notre territoire. *(Applaudissements sur des travées du groupe Union Centriste.)*

POLITIQUE ÉCONOMIQUE DE LA FRANCE

M. le président. La parole est à M. Jérôme Bascher, pour le groupe Les Républicains. *(Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains.)*

M. Jérôme Bascher. Ma question s'adressait à M. le ministre de l'économie et des finances.

La Commission européenne vient de sauver la France d'une procédure de déficit excessif, alors qu'elle en menace l'Italie. Pourtant, comme l'Italie de Salvini, la France ne respecte pas ses engagements européens, car elle ne réduit pas son déficit structurel.

Comme l'Italie de Salvini, la France choisit de baisser les impôts, aggravant ainsi les déficits.

Comme l'Italie de Salvini, la France a un haut niveau de chômage réel et structurel : les mêmes causes produisent les mêmes effets.

Comme l'Italie de Salvini, le Gouvernement choisit la dette, au risque de faire porter une menace inquiétante sur notre pays ; je cite sur ce point le FMI.

Alors, madame la secrétaire d'État, pensez-vous avoir raison, seuls contre toutes les institutions dont nous sommes membres ? Pensez-vous que la bonne politique économique soit celle de M. Salvini ? *(Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains.)*

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances.

Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances. Le FMI, puisque vous citez cette institution, monsieur le sénateur Bascher, a apporté un large soutien à la stratégie de réforme mise en œuvre par la France. Il estimait en effet, en 2018, que la France était de ce point de vue en pole position dans la zone euro.

La mission qu'a conduite le FMI du 20 mai au 3 juin a noté que la refonte du code du travail et celle de la fiscalité du capital sont des réformes importantes, qui contribuent à la résilience de l'économie.

Le Fonds a précisé que les mesures en faveur du pouvoir d'achat ont un coût budgétaire. Il va donc falloir réduire les dépenses publiques pour appuyer les choix sociaux faits cette année.

Je vous rappelle que nous assumons parfaitement ces choix sociaux et que nous sommes parfaitement en phase avec la nécessité de faire des économies au sein des dépenses publiques. D'ailleurs, je crois que nous avançons dans ce sens, comme vous le savez parfaitement. En effet, à la fin de 2018, notre déficit budgétaire était de 2,5 %, en amélioration par rapport à la prévision. S'il est vrai qu'il sera cette année supérieur à 3 %, c'est que nous devons absorber des décisions liées au CICE qui ont été prises sous la mandature précédente. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et républicain.*) C'est factuel ; je tiens toutefois à préciser qu'il s'agit d'un coût non structurel.

S'agissant de la dette, mesdames, messieurs les sénateurs, je veux également vous renvoyer face à vos responsabilités, puisque son augmentation est notamment due à la réintégration de la dette de la SNCF ; or je ne crois pas que celle-ci date de l'année dernière !

Alors, oui, il faut admettre que la situation économique de la France progresse, que le chômage a baissé de manière significative, puisqu'il est à son plus bas depuis dix ans, et que – plus intéressant encore – le taux d'emploi est à son plus haut depuis quarante ans. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, ainsi que sur des travées du groupe Les Républicains.*)

Mme Sophie Taillé-Polian. La précarité aussi !

Mme Agnès Pannier-Runacher, *secrétaire d'État.* Pour ma part, je crois que cette politique économique réussit, et je suis fière de faire partie de ce gouvernement ! (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche.*)

M. le président. La parole est à M. Jérôme Bascher, pour la réplique.

M. Jérôme Bascher. Madame la secrétaire d'État, il me faut vous dire que vos remarques ne sont pas très gentilles pour vos collègues. Réintégrer la dette de la SNCF dans la dette publique découle d'une décision prise par Mme Parly, au XX^e siècle, quand elle était aux affaires dans un autre gouvernement... C'est de cette décision que vous êtes obligés d'assumer les conséquences !

M. Alain Richard. Assumez les conséquences de vos décisions aussi !

M. Jérôme Bascher. Vous avez grillé toutes vos cartouches budgétaires et vous avez refusé la réalité d'une dépense publique trop forte, notamment en renonçant aux 120 000 suppressions d'emplois publics, objectif déjà très modeste. Je vous le dis : on ne peut pas être de gauche sur la dépense...

Mme Sophie Taillé-Polian. Ne vous inquiétez pas !

M. Jérôme Bascher. ... et, en même temps, de droite sur la recette. Sinon, c'est la dette pour nos enfants, c'est la faillite en chantant pour notre pays !

Alors, le nouveau monde sera-t-il, en vérité, celui que vous menacez de préparer après une nouvelle crise économique ? Voulez-vous, par ce genre de politique, que nous nous réveillions italiens ? (*Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains.*)

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

M. le président. Nous en avons terminé avec les questions d'actualité au Gouvernement.

Les prochaines questions d'actualité au Gouvernement auront lieu le mardi 11 juin, à seize heures quarante-cinq.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à seize heures dix, est reprise à seize heures vingt, sous la présidence de M. David Assouline.*)

PRÉSIDENTICE DE M. DAVID ASSOULINE vice-président

M. le président. La séance est reprise.

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 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 8.

Article 8 (suite)

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

L'amendement n° 217 rectifié, présenté par Mme Féret, M. Tissot, Mme Jasmin, MM. Vaugrenard et Montaugé, Mmes Taillé-Polian et G. Jourda, MM. Daudigny, Tourenne, Jacques Bigot, Duran et Courteau, Mmes Guillemot, Artigalas et Perol-Dumont, MM. Temal et Bérít-Débat, Mme Monier et M. Mazuir, est ainsi libellé :

Alinéas 11 à 16

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

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

Alors que notre pays est touché par de réelles fractures sociales et territoriales, le Gouvernement ne doit pas être autorisé à faire l'impasse sur le débat parlementaire et à décider seul sur des sujets aussi majeurs que ceux de la carte hospitalière ou des modalités de gouvernance des établissements ayant obtenu le label « hôpital de proximité ».

Nul ne peut ignorer la tendance comptable et centralisatrice qui a permis ces dernières années de réduire l'activité de certains hôpitaux faute de moyens, puis, à terme, d'organiser

leurs fermetures par manque d'activité. De nouvelles fermetures de maternités, de services d'urgences chirurgicales et, plus largement, d'établissements sont à craindre.

En l'état actuel du texte, trop imprécis, il n'est pas envisageable que le Gouvernement sursoie à débattre avec les parlementaires, représentants du peuple, de tels enjeux de santé publique et d'aménagement du territoire.

M. le président. L'amendement n° 312, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 13

Après le mot :

Déterminer

insérer les mots :

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

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Nous avons déjà exprimé nos désaccords sur les ordonnances, qui squeezent complètement le débat parlementaire. N'y revenons pas, en tout cas pour le moment.

À défaut de débats sur la détermination des critères, nous demandons que les associations d'élus locaux et les principales organisations syndicales de la santé soient au moins consultées dans la définition des modalités selon lesquelles la liste des établissements de santé de proximité sera établie. À notre sens, c'est un minimum qui devrait permettre une meilleure concertation et des échanges avec les principaux acteurs concernés.

M. le président. L'amendement n° 218 rectifié, présenté par Mme Féret, M. Tissot, Mme Jasmin, MM. Vaugrenard et Montaugé, Mmes Taillé-Polian et G. Jourda, MM. Daudigny, Tourenne, Jacques Bigot, Duran et Courteau, Mmes Guillemot, Artigalas et Perol-Dumont, MM. Temal et Bérit-Débat, Mme Monier et M. Mazuir, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Compléter cet alinéa par les mots :

et en rétablissant les élus locaux dans les instances décisionnelles

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Il s'agit d'un amendement dont l'Association des maires de France est à l'origine.

Les élus locaux, pourtant directement concernés et impliqués dans ce qui peut concerner les établissements de santé, notamment au regard de la lutte contre les déserts médicaux, ont perdu, avec la suppression des conseils d'administration des hôpitaux, toute responsabilité dans l'organisation stratégique de ces derniers. Ils ne demandent pas à avoir une voix prédominante sur les décisions purement médicales. Il est cependant inconcevable de ne pas reconnaître que les décisions relevant de l'accès aux soins ont aussi systématiquement un impact sur les territoires en termes de transports, de services, d'emploi, d'installation des ménages... C'est pourquoi la question de la gouvernance des hôpitaux de

proximité devra être traitée à l'occasion de la rédaction des ordonnances annoncées, qui devront nécessairement être élaborées en concertation avec les associations d'élus.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, rapporteur. Comme je l'ai souligné à plusieurs reprises, renoncer à ce stade aux ordonnances, puisque c'est l'objet de l'amendement n° 217 rectifié, conduirait à reporter la réforme, alors que la concertation est engagée avec les professionnels de santé. Nous comptons toutefois sur l'engagement du Gouvernement à inscrire la réforme du financement de ces établissements dans le dur du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, pour que nous puissions examiner en détail ce volet essentiel. Mme la ministre s'est engagée sur ce sujet ce matin.

Je partage le souhait exprimé par les auteurs des amendements n° 312 et 218 rectifié d'associer les élus locaux à la démarche. Toutefois, faire figurer ces mentions à cet endroit du projet de loi n'en sera pas la garantie. En outre, les élus locaux sont déjà présents dans les conseils de surveillance des établissements publics de santé, dont la commission a par ailleurs proposé le renforcement du rôle stratégique. C'est pourquoi la commission demande le retrait de ces amendements ; à défaut, elle émettra 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. Madame Jasmin, l'amendement n° 217 rectifié est-il maintenu ?

Mme Victoire Jasmin. Mme Féret n'est pas là, mais j'assume : je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 217 rectifié est retiré.

Madame Cohen, l'amendement n° 312 est-il maintenu ?

M. Roger Karoutchi. Retirez-le, et je retirerai le mien ! (*Sourires et marques d'encouragement sur des travées du groupe Les Républicains. – M. Michel Amiel renchérit.*)

Mme Laurence Cohen. Mes chers collègues, vous voulez absolument rentrer dans vos circonscriptions. Moi aussi !

M. Roger Karoutchi. Raison de plus ! (*Sourires.*)

Mme Laurence Cohen. Même si le débat est déjà largement tronqué par le Gouvernement et le recours aux ordonnances, nous débattons pour la défense de la démocratie sanitaire !

M. Roger Karoutchi. Et toc !

Mme Laurence Cohen. Vous pouvez tempêter, c'est comme ça !

Cela étant, nous retirons cet amendement...

M. Michel Amiel. Ah !

Mme Laurence Cohen. ... pour la raison invoquée par le rapporteur, à savoir qu'inscrire ces dispositions dans ce projet de loi ne servirait à rien. Il n'y a donc aucune garantie pour les parlementaires que nous sommes : le débat est squeezé, et, lorsqu'on formule une petite demande, ça ne marche pas non plus, quand bien même le rapporteur y est favorable.

Tout va bien ! Continuons comme ça ! Les personnels sont en lutte et se bagarrent dans la rue pour obtenir une rencontre avec Mme la ministre, qui les a peut-être rencontrés et leur a fait quelques petites promesses, à mon avis insuffisantes.

M. le président. L'amendement n° 312 est retiré.

Madame Jasmin, l'amendement n° 218 rectifié est-il également retiré ?

Mme Victoire Jasmin. Pas du tout ! (*Exclamations amusées sur des travées du groupe Les Républicains.*)

M. Bernard Jomier. C'est la liberté des parlementaires !

Mme Victoire Jasmin. Nous sommes là pour débattre. De la même façon que, hier soir, nous n'avons pas souhaité retirer l'amendement relatif à la suppression des ordonnances, je maintiens cet amendement pour que le débat ait lieu.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 218 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 8, modifié.

(*L'article 8 est adopté.*)

Articles additionnels après l'article 8

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

Après l'article 8

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Roger Karoutchi.

M. Roger Karoutchi. Je sais que j'ai peu de chances, mais, comme nous sommes là pour parlementer, parlementons ! (*Sourires.*)

Habiller les sages-femmes à exercer un suivi gynécologique dans un établissement de santé ou un hôpital sous-doté en effectifs de gynécologues obstétriciens, franchement, ça me semble de bon sens. Je suis sûr que ce bon sens aura percuté la commission des affaires sociales. (*Nouveaux sourires.*)

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je suis complètement d'accord avec M. Karoutchi : ...

M. Roger Karoutchi. Très bien ! Arrêtons-nous là ! (*Rires.*)

M. Alain Milon, rapporteur. ... il faut parlementer lorsque c'est justifié.

Les compétences générales des sages-femmes, définies à l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, leur permettent notamment de réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, en appui aux médecins. Ces dispositions générales s'appliquent aussi bien en libéral que dans le cadre hospitalier.

L'amendement n° 174 rectifié ne justifie pas de parlementer, puisqu'il est satisfait. Par conséquent, la commission en demande le retrait.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je ne résiste pas au plaisir de débattre avec M. Karoutchi, qui l'a demandé expressément, mais le fait est que je n'ai pas grand-chose à ajouter aux propos de M. le rapporteur. L'objet de cet amendement est déjà satisfait : cela fait déjà partie des missions des sages-femmes. Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Karoutchi, l'amendement n° 174 rectifié est-il maintenu ?

M. Roger Karoutchi. Quand un amendement est satisfait, pourquoi la commission et le Gouvernement ne diraient-ils pas « favorable » ou « sagesse », pour faire plaisir ? (*Sourires.*)

Pour faire plaisir à Mme la ministre, et à M. le rapporteur, dont nous aurons besoin par la suite, je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 174 rectifié est retiré.

L'amendement n° 406 rectifié, présenté par M. Sueur et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 8

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Jean-Pierre Sueur.

M. Jean-Pierre Sueur. Je veux évoquer une particularité locale. Il faut dire que nous sommes tous des élus locaux, même si nous représentons collectivement la nation.

Orléans est la seule capitale régionale de France à ne pas disposer d'un CHU. Bien sûr, il existe un CHU dans la même région, à Tours, mais celui-ci est saturé.

Par ailleurs, le Loiret, qui est l'un des départements les plus atteints par la désertification médicale au regard de sa population, compte aujourd'hui 800 médecins de moins que l'Indre-et-Loire, où est implanté le CHU, pour 70 000 habitants de plus.

Personne ne comprend les raisons pour lesquelles on ne pourrait pas créer un centre hospitalier universitaire à Orléans, d'autant que les chiffres que nous connaissons montrent que, sur 1 023 médecins en fin d'études, plus de 80 % s'installent à proximité du CHU dans lequel ils ont suivi leur formation.

Madame la ministre, pourquoi ne pas transformer le CHR en CHU ? L'université d'Orléans compte de nombreux atouts. Or la médecine est la seule discipline qui n'y soit pas représentée, même si des formations paramédicales sont proposées. Par ailleurs, nous disposons à proximité immédiate d'un très important campus du CNRS. Les conditions universitaires et scientifiques existent donc. En outre, une telle transformation représente une impérieuse nécessité pour faire face à la désertification médicale.

L'article 40 nous a interdit de déposer un amendement ayant pour objet de transformer le CHR en CHU. C'est pourquoi nous présentons cet amendement, qui vise à demander au Gouvernement un rapport, afin d'étudier cette question dans les six prochains mois. Je pense – j'espère ! – que vous ne refuserez pas d'examiner la question et de mener la réflexion nécessaire.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Tous les départements n'ont pas systématiquement un CHU. C'est le cas du Pas-de-Calais, département dont il a beaucoup été question ce matin : le CHRU est implanté à Lille.

La mise en place d'un CHU dans un département n'est pas obligatoire et n'est pas non plus obligatoirement synonyme de qualité supplémentaire dans les soins qui peuvent être dispensés par les professionnels hospitaliers qui sont dans les hôpitaux par ailleurs.

Il y a quelque temps, la commission des affaires sociales a demandé à la Cour des comptes une étude sur les CHU, laquelle nous a été remise en deux volets : un premier volet, à la fin de l'année 2017, concernant la recherche et l'enseignement universitaire ; un second volet, à la fin de l'année 2018, portant sur l'application directe sur le terrain de la fonction de CHU. Cette étude a mis en évidence une hétérogénéité forte et assez surprenante entre les établissements, puisque, selon la Cour des comptes, certains CHU ne devraient plus être des CHU – elle ne l'a pas dit ainsi, elle a préconisé la mise en place de réseaux entre les CHU et entre les CHU et les autres établissements qui se trouvent sur le territoire du CHU dans le département ou la région. Des travaux importants ont donc été conduits sur le sujet dans le cadre de la mission « CHU de demain ».

Si je n'ai pas de réponse défavorable ou favorable à émettre sur un sujet aussi important que celui-là, je pense que l'installation d'un CHU n'est pas une obligation. L'obligation, c'est d'avoir la qualité des soins un peu partout sur le territoire. Par conséquent, la commission demande 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. Monsieur le sénateur, j'entends votre demande ; elle émane d'ailleurs d'un certain nombre de territoires qui sont dans la même situation.

Je rappelle ce qui a prévalu à la création des CHU. Les ordonnances Debré précisait que, dans les villes sièges de facultés de médecine, de facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les facultés et les centres hospitaliers devaient organiser conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins d'enseignement et de recherche. Ces centres ont pris le nom de centre hospitalier universitaire. C'est en fait la présence d'une faculté de médecine qui détermine la reconnaissance d'un CHU, et c'est à ce titre que certains chefs-lieux de région ne sont pas siège de CHU à ce jour.

Le Gouvernement ne souhaite pas revenir sur cette logique qui fonde la spécificité des CHU, lieu de réunion du soin, de la recherche et de l'enseignement. Il préfère suivre les recommandations de la Cour des comptes et organiser des réseaux entre hôpitaux.

Pour autant, j'entends votre demande, qui est liée à la désertification médicale et au fait que les étudiants s'installent dans leur lieu de formation. Or les dispositions qui ont été votées dans ce texte – la fin de la Paces, le fait que l'entrée dans les études de médecine puisse se faire à partir de formations universitaires qui ne sont pas des UFR de médecine – diversifieront l'origine des étudiants non seulement en termes de compétences, mais surtout sur le plan territorial.

Par ailleurs, de nombreuses dispositions ont été adoptées favorisant les stages en zone sous-dense et dans le secteur ambulatoire.

C'est donc tout un panel de mesures qui feront découvrir des territoires aux étudiants. À la limite, ce sera même plus efficace que la création d'un CHU, en tant que tel. Par conséquent, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Sueur, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Sueur. Monsieur le rapporteur, il ne s'agit absolument pas de demander un CHU par département. J'ai cité le cas d'une capitale régionale qui est dépourvue de CHU ; il n'y en a pas beaucoup.

Madame la ministre, j'entends vos propos. Malheureusement, je crains qu'ils ne répondent pas aux attentes des populations. Je le répète, le CHU de Tours est saturé. Le Loiret compte aujourd'hui 800 médecins de moins pour 70 000 habitants de plus que l'Indre-et-Loire. En outre, des cantons entiers sont sans médecin.

Tous les efforts qui sont consentis depuis des années en faveur d'une coopération avec l'université et le CHU de Tours – vous savez, madame la ministre, je les connais depuis plusieurs décennies ! – aboutissent à des paroles, mais à trop peu d'actes, malheureusement.

Je regrette que vous émettiez un avis défavorable sur un amendement qui vise simplement à vous demander de bien vouloir étudier la question pendant six mois. On peut prolonger le délai, s'il vous semble trop court...

Quel inconvénient y aurait-il à ce que vous revoyiez votre position pour accepter d'étudier la question, en concertation avec les élus, les responsables de l'ARS et les médecins ? Vous est-il vraiment impossible en tant que ministre d'accepter d'étudier ce que je ne suis pas du tout le seul à demander ? C'est toute une population qui le demande. Je me permets d'insister...

Vous le voyez, je fais des efforts en espérant être entendu. Malheureusement, l'espérance ne suffit pas toujours.

Mme Laurence Rossignol. Donnez-lui un rendez-vous ! Faites quelque chose, madame la ministre ! (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 406 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 9 (Non modifié)

① I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, pour renforcer la prise en compte des exigences de qualité et de technicité des soins dans les conditions d'autorisation des différentes activités, pour organiser une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins selon une logique de gradation des soins et pour étendre le champ des activités de soins soumises à autorisation, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

② 1° Modifier le régime d'autorisation des activités de soins, des équipements matériels lourds, des alternatives à l'hospitalisation et de l'hospitalisation à domicile en vue notamment de favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation, de prévoir de nouveaux modes

d'organisation des acteurs de santé et d'adapter ce régime aux particularités de certaines activités rares ou à haut risque ;

- ③ 2° Adapter le régime des autorisations aux activités réalisées dans le cadre des dispositifs de coopération et de coordination des acteurs de santé ;
- ④ 3° Simplifier les procédures et les conditions de délivrance des autorisations d'activités de soin ;
- ⑤ 4° Modifier les dispositions applicables au service de santé des armées en cohérence avec le régime des autorisations issues des 1°, 2° et 3°.
- ⑥ II. – 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.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

M. Yves Daudigny. Nous sommes en profond désaccord avec cet article, qui donne toute latitude au Gouvernement pour redessiner la carte des soins en France, en lui permettant notamment de modifier à sa guise les régimes d'autorisations des activités de soins.

L'enjeu de cette réforme est loin d'être purement technique. De son contenu va dépendre en partie la réussite ou l'échec de la mise en place d'une offre de soins hospitalière véritablement territorialisée et graduée, propre à garantir à l'ensemble de la population un égal accès à des soins de qualité délivrés dans des conditions de sécurité optimales.

Un encadrement juridique plus strict des conditions d'implantation et de fonctionnement de certaines activités de soins comme la chirurgie pourrait avoir des conséquences sur la capacité de certains hôpitaux à continuer de proposer certaines spécialités, compte tenu des contraintes auxquelles ces établissements font face.

Si le renforcement de la qualité et de la sécurité des soins est une nécessité incontestable, il doit s'accompagner d'outils de coopération et de mutualisation qui permettront aux établissements les moins bien dotés de s'inscrire dans une filière de soins et de bénéficier des moyens d'assurer une offre hospitalière de premier niveau répondant aux nouvelles conditions techniques de fonctionnement.

La création d'une équipe médicale territoriale, qui permettrait notamment de mutualiser les ressources médicales et d'assurer une prise en charge coordonnée à l'échelle de plusieurs établissements, constitue à cet égard une piste intéressante.

D'autres pistes pourraient également être explorées, telle la suppression de l'obligation, pour les groupements de coopération sanitaire exploitants, d'exploiter les autorisations sur un site unique, ou encore la création d'une autorisation de projet, à l'image de ce qui existe déjà pour les plateaux mutualisés d'imagerie médicale.

En tout état de cause, dans un contexte de grande inégalité territoriale, nous ne pouvons accepter, madame la ministre, que vous teniez le Parlement en marge sur un sujet requérant une connaissance fine des territoires.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 320 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

L'amendement n° 704 est 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 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, 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.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour présenter l'amendement n° 320.

Mme Cathy Apourceau-Poly. L'article 9 habilite le Gouvernement à réformer par ordonnances le régime des autorisations des activités de soins.

Actuellement, les agences régionales de santé autorisent ou non la création des activités de soins. Pour être autorisé par l'ARS, un projet doit répondre aux besoins de santé de la population et être compatible avec les objectifs du schéma régional de santé.

L'article 9 modifie les seuils d'activité minimaux permettant d'assurer la qualité et la sécurité des soins. La future carte hospitalière sera définie dans une logique de gradation des soins, entre soins de proximité, soins spécialisés, soins de recours et soins de référence. La sécurité des patients pourra être invoquée pour fermer des services et déclasser des établissements en niveau 1 ou 2.

Évidemment, les enjeux de sécurité doivent être pris en considération, particulièrement dans le secteur de la santé, mais ayez tout de même l'honnêteté intellectuelle de faire le rapprochement entre les carences en matière de sécurité et les politiques menées ces trente dernières années. En comprimant les dépenses de santé, vous avez poursuivi ces politiques, madame la ministre. Cela a conduit à une dégradation des conditions de travail, à une réduction de l'attractivité des hôpitaux pour les praticiens, à une diminution des investissements et à une dégradation des infrastructures d'accueil et de soins. Cette logique est déjà à l'œuvre s'agissant des maternités.

Les arguments relatifs à la pertinence des soins et à la sécurité sanitaire sont avancés en permanence pour justifier des fermetures, comme celles des maternités de Creil, de Bernay ou de Die. Mon collègue Guillaume Gontard y a fait référence hier soir.

Nous ne sommes pas dupes : l'application de l'article 9 entraînera la réduction globale de l'offre publique de soins et fragilisera l'égal accès aux soins pour tous.

Nous demandons donc la suppression de cet article dangereux. Nous refusons d'être dessaisis d'une question aussi importante que la refonte de la carte hospitalière.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour présenter l'amendement n° 704.

M. Bernard Jomier. Je serai bref, car mon collègue Yves Daudigny a amplement expliqué notre position.

Il est clair pour nous que, au travers des articles 8 et 9, le Gouvernement demande à avoir les mains libres pour modifier la carte sanitaire.

Nous ne faisons pas de procès d'intention au Gouvernement. Nous partageons le principe de gradation de l'offre de soins et nous sommes conscients qu'il faut redessiner la carte, mais, de façon principielle, nous n'acceptons pas que le Parlement soit dessaisi de ses prérogatives sur un sujet aussi important. C'est la raison pour laquelle nous demandons la suppression de l'article 9.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Nous regrettons tous, évidemment, le recours aux ordonnances sur un sujet aussi important. Les autorisations de soins représentent un fort enjeu pour les territoires.

Ce regret étant exprimé, on peut constater que la concertation est engagée avec les acteurs. La suppression de cet article aurait donc pour seul effet de différer encore une réforme attendue, visant à concilier les exigences de qualité et de sécurité des soins avec celle d'accès aux soins. Nous aurions préféré être nous aussi consultés sur le sujet, en tant que parlementaires.

J'attire l'attention de Mme la ministre sur les enjeux, en termes de simplification et de cohérence des règles, qui ont été relevés par les fédérations hospitalières.

Cela étant, pour que le travail puisse se poursuivre, y compris au-delà de cette enceinte, en particulier en commission mixte paritaire, je demande le retrait de ces amendements. À défaut, la commission émettra un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je tiens à répéter devant vous, même si certains en doutent, qu'il n'y a pas de carte hospitalière cachée. Nous n'avons pas la volonté d'imposer une carte d'en haut.

En réalité, l'offre de soins résulte de projets portés par les acteurs eux-mêmes. Si nous demandons à pouvoir légiférer par ordonnances sur l'évolution du régime des autorisations des activités de soins, c'est pour donner aux acteurs des outils leur permettant de concrétiser des projets, dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins dues aux patients.

La réforme des autorisations des activités de soins a été lancée en janvier 2018, soit bien avant que nous ne pensions même à élaborer ce projet de loi. Nous avons travaillé de manière assumée en coconstruction avec l'ensemble des acteurs. Une partie des travaux entrepris dans le cadre de cette réforme s'achèvera dès cet été, l'autre partie devant être terminée pour la fin de l'année. À cette échéance, l'ensemble des projets concernant les autorisations des activités des soins auront été abordés par les parties prenantes, régulièrement réunies au ministère. Cette temporalité de la concertation rend nécessaire de prévoir, postérieurement aux travaux parlementaires sur le présent projet de loi, d'éventuelles adaptations législatives. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons pouvoir légiférer par ordonnances.

Je vous rappelle également, mesdames, messieurs les sénateurs, que je me suis engagée à revenir devant vous, lors de l'examen des projets de loi d'habilitation, présenter à la commission des affaires sociales une étude d'impact. Je ne souhaite pas priver le Sénat de visibilité sur ces travaux.

Simplement, ils ne sont pas achevés et font l'objet de concertation avec l'ensemble des parties prenantes. Ils s'appuient en outre sur des travaux scientifiques, qui mettent notamment en exergue un lien entre certains seuils d'activité et l'obtention de meilleurs résultats. Nous devons en tenir compte. Nombre de pays se sont emparés de ces outils pour améliorer la qualité de leurs soins. Nous devons faire évoluer ces critères, comme tous les pays du monde qui travaillent sur les critères de qualité des soins.

Telles sont les raisons pour lesquelles je suis défavorable à ces deux amendements.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 320 et 704.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 9.

(L'article 9 est adopté.)

Article additionnel après l'article 9

M. le président. L'amendement n°761, 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 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 :

Après l'article 9

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Lors des auditions que nous avons menées pour préparer l'examen de ce projet de loi, les acteurs de la psychiatrie ont insisté sur l'engagement que vous avez pris, madame la ministre, à la fin de l'année 2017, de sanctuariser le budget de la psychiatrie. Or les pratiques budgétaires au sein des groupements hospitaliers de territoires, les GHT, sont très variables. Elles aboutissent encore parfois, et même souvent, à la disparition de postes et de structures de proximité.

Notre amendement vise donc à prévoir que l'état prévisionnel des recettes et des dépenses des établissements détaille les financements dédiés respectivement aux activités de médecine-chirurgie-obstétrique – MCO –, de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation, ou SSR.

Aujourd'hui, les dotations annuelles de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation sont intégrées, de manière indifférenciée, au compartiment hospitalier de l'Ondam, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, dans la ligne « Autres dépenses des établissements de santé ». Selon le principe de non-affectation des recettes aux dépenses, elles

peuvent donc être « fondues » afin de financer toutes sortes d'activités et de dépenses des établissements, et donc pas uniquement celles auxquelles elles sont censées être dévolues. Compte tenu des pressions qui pèsent sur l'hôpital, que nous connaissons tous, la prise en charge psychiatrique en pâtit lourdement.

Sans compromettre le statut sanitaire de la prise en charge psychiatrique ni sa nécessaire articulation avec les champs MCO et SSR, un compartimentage du compte de résultat principal en trois volets – MCO, psychiatrie, SSR – garantirait aux autorités de tutelle des établissements de santé la bonne affectation des moyens dans les établissements multi-activités.

Une telle mesure, peu complexe à mettre en œuvre dans sa déclinaison opérationnelle, apparaît d'autant plus opportune qu'elle permettrait de conforter les rapprochements entre établissements dans des GHT « tous soins », structures qui semblent être les plus pertinentes pour favoriser l'articulation et l'adéquation entre les parcours de vie et de soins des personnes.

Si nous voulons sanctuariser les budgets de la psychiatrie, nous devons d'abord les identifier.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'objectif de sanctuariser les recettes dévolues aux activités de psychiatrie est légitime, mais probablement très largement insuffisant, eu égard aux dotations annuelles de fonctionnement accordées aux hôpitaux psychiatriques. Nous partageons cependant tous cette préoccupation au sein de la commission.

La mesure proposée est technique. De manière plus générale, des ressources nouvelles pour la psychiatrie sont parallèlement attendues dans le prolongement de la feuille de route qui a été présentée par la ministre. Nous saluons cet engagement, qui répond à une nécessité, sinon à une urgence, pour de nombreux établissements.

En attendant cette feuille de route, la commission s'en remet à la sagesse du Sénat sur l'amendement de M. Jomier.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le sénateur, je comprends votre préoccupation.

M. Bernard Jomier. Cela veut dire non... (*Sourires.*)

Mme Agnès Buzyn, ministre. Oui, cela veut dire non, monsieur Jomier, vous commencez à bien me connaître! (*Nouveaux sourires.*)

Cette préoccupation, légitime, a été exprimée par de nombreux acteurs de la psychiatrie, qui considèrent que les moyens normalement alloués à leur secteur sont dilués dans les budgets des hôpitaux. J'ai donc demandé, dès mon arrivée au ministère en 2017, une sanctuarisation des budgets de la psychiatrie. Des messages très clairs ont été envoyés par les ARS.

Entre-temps, j'ai organisé une réforme du financement des hôpitaux, mettant particulièrement l'accent sur le financement des soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie. Nous allons disposer d'indicateurs de qualité, de forfaits par pathologie, par exemple, dédiés à chacune des activités.

J'entends vos inquiétudes, monsieur le sénateur, mais je crains qu'adopter votre proposition ne complexifie la gestion dans les hôpitaux. De nombreux financements sont transversaux et il faut faire évoluer leur répartition dans le temps. Les

outils techniques que vous proposez de mettre en œuvre ne sont pas adaptés à l'objectif. J'ai d'ores et déjà lancé une dynamique d'amélioration du financement de la psychiatrie. Je viens ainsi de dégager 100 millions d'euros pour financer des mesures nouvelles en faveur de la psychiatrie en 2019. Je suis très attentive à ce que ce secteur reçoive bien les crédits qui lui sont destinés. Je pense que c'est plutôt un dialogue plus transparent avec les ARS qui permettra de s'assurer de l'effectivité de ces financements.

Soyez assuré de ma vigilance, monsieur le sénateur. L'adoption de cet amendement risquerait de complexifier considérablement la situation, alors que je suis en train de modifier complètement le mode de financement des activités de MCO, de psychiatrie et de SSR dans le cadre de la réforme de la tarification. J'émet donc un avis défavorable, même si je comprends l'objectif.

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

M. Bernard Jomier. Je suis d'accord avec M. le rapporteur et Mme la ministre sur la nécessité d'augmenter globalement les dotations du secteur de la psychiatrie, dont on connaît les besoins. J'ai bien noté la nomination à laquelle vous avez procédé récemment, madame la ministre, pour retravailler de façon plus large la politique en matière de santé mentale.

Un certain nombre de GHT isolent déjà les financements dédiés aux activités de psychiatrie dans un budget annexe. La mesure que je propose n'est donc pas complexe à mettre en œuvre. Le problème est que dans les GHT où ce cantonnement n'est pas pratiqué, les crédits de la psychiatrie sont souvent réattribués à d'autres secteurs. C'est bien normal, compte tenu de l'ampleur de la pénurie! Quand les budgets dédiés ne sont pas clairement identifiés, il est toujours tentant de mettre en œuvre une certaine fongibilité.

La mesure que nous proposons ne réglerait que partiellement le problème, nous en convenons tout à fait, mais la sanctuarisation commence par une identification claire des budgets.

M. le président. La parole est à M. Olivier Henno, pour explication de vote.

M. Olivier Henno. En tant que maire, j'ai été président d'un hôpital psychiatrique durant plusieurs années, le centre hospitalier de Lommelet, que vous avez d'ailleurs visité, madame la ministre, voilà quelques semaines.

L'organisation de la psychiatrie en France s'est peu à peu délitée, et la situation de ce secteur présente un caractère de particulière urgence. L'amendement de M. Jomier ne représente certes qu'une solution partielle, comme l'a fort bien dit notre collègue, mais son adoption aurait le mérite de sanctuariser les budgets et de redonner confiance au secteur de la psychiatrie.

À titre personnel, je voterai cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je n'ai sans doute pas été assez claire.

Je comprends l'esprit de cet amendement, mais il est en contradiction avec une réforme de la tarification qui vise à valoriser les activités, mais aussi la qualité et la pertinence des soins, et qui comportera la forfaitisation d'un certain nombre de parcours.

Or, petit à petit, les parcours concernés par la forfaitisation pourront être de plus en plus complexes et inclure à la fois des activités de médecine et de chirurgie, ou de médecine et de psychiatrie, ou de médecine et de soins de suite, à l'instar du traitement de l'obésité, par exemple. Ces parcours pourront être forfaitisés. La réforme de la tarification qui est train d'être mise en œuvre vise donc à favoriser l'adoption d'une vision globale du parcours des patients.

Je comprends que vous cherchiez à sanctuariser les crédits de la psychiatrie. Je souhaite moi-même renforcer la psychiatrie française, qui a été beaucoup délaissée. J'y mets des moyens, je viens de nommer un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, j'ai défini une feuille de route. Votre amendement contredit totalement le raisonnement dont procède la tarification que nous mettons en œuvre, fondée sur la transversalité du financement et la qualité des parcours.

Je suis donc défavorable à votre amendement, monsieur le sénateur, car, s'il était adopté, cela bloquerait complètement cette réforme de la tarification.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 761.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Chapitre III

RENFORCER LA STRATÉGIE ET LA GOUVERNANCE MÉDICALES AU NIVEAU DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE, ET ACCOMPAGNER LES ÉTABLISSEMENTS VOLONTAIRES POUR DAVANTAGE D'INTÉGRATION

Article 10

- ① I. – Le livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article L. 6144-2, il est inséré un article L. 6144-2-1 ainsi rédigé :
- ③ « Art. L. 6144-2-1. – Il peut être institué une commission médicale de groupement dans chaque groupement hospitalier de territoire, après accord des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement. La commission médicale de groupement contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement et du projet médical partagé du groupement. Elle contribue notamment à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- ④ « La commission médicale de groupement est composée de représentants des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, parmi les membres des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement. Elle élit son président.
- ⑤ « Un décret détermine les conditions d'application du présent article, notamment la composition et les règles de fonctionnement des commissions médicales de groupement ainsi que les matières sur lesquelles elles sont consultées. » ;
- ⑥ 2° Le b du 5° du II de l'article L. 6132-2 est ainsi modifié :

- ⑦ a) À la deuxième phrase, après les mots : « directeurs d'établissement, », sont insérés les mots : « le président de la commission médicale du groupement, » ;
- ⑧ b) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Le directeur de l'établissement support est le président du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire. Le président de la commission médicale de groupement en est le vice-président ; »
- ⑨ 3° Le premier alinéa du II de l'article L. 6132-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut également assurer pour le compte des établissements parties la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en cohérence avec la stratégie médicale de groupement élaborée avec le concours de la commission médicale de groupement. » ;
- ⑩ 4° (*nouveau*) Au premier alinéa de l'article L. 6144-1, après le mot : « contribue », sont insérés les mots : « à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale de l'établissement et de son projet médical en lien avec le projet médical partagé du groupement, et ».
- ⑪ II. – Après l'article L. 6132-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6132-5-1 ainsi rédigé :
- ⑫ « Art. L. 6132-5-1. – Les établissements parties à un même groupement hospitalier de territoire peuvent être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, au regard de l'intention et des capacités de l'ensemble des établissements parties, à :
- ⑬ « 1° Mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'État, par dérogation aux articles L. 312-2, L. 511-5 et L. 511-7 du code monétaire et financier et à l'article L. 6145-8-1 du présent code ;
- ⑭ « 2° (*Supprimé*)
- ⑮ « 3° Conclure avec l'agence régionale de santé, par dérogation à l'article L. 6114-1 et au 1° de l'article L. 6143-7, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique pour l'ensemble des établissements du groupement. »
- ⑯ III. – A. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi, en vue, d'une part, de tirer les conséquences des dispositions du I du présent article sur les établissements publics de santé et les groupements hospitaliers de territoire et de renforcer leur gouvernance médicale et, d'autre part, d'ouvrir une faculté aux établissements parties à un groupement hospitalier de territoire d'approfondir l'intégration de leurs instances représentatives ou consultatives, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnances toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :
- ⑰ 1° Mettre en cohérence le fonctionnement et les champs de compétences des commissions médicales d'établissement et des commissions médicales de groupement ainsi que les attributions de leurs présidents respectifs ;
- ⑱ 2° Étendre les compétences des commissions médicales d'établissements et de groupements ;
- ⑲ 3° Définir l'articulation des compétences respectives en matière de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des

directeurs d'établissements parties à un groupement hospitalier de territoire et des directeurs d'établissements support de groupement hospitalier de territoire ;

- 20 4° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent décider de fusionner ou substituer leurs directeurs et le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 6141-1 du code de la santé publique ;
- 21 5° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent décider de fusionner ou substituer leurs commissions médicales d'établissement et leur commission médicale de groupement hospitalier de territoire, par dérogation aux *b* et *c* du 5° du II de l'article L. 6132-2 et aux articles L. 6143-7-5, L. 6144-1 et L. 6144-2 du même code ;
- 22 6° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent décider de fusionner ou substituer leurs comités techniques d'établissement, leurs comités techniques de groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public et la conférence territoriale de dialogue social du groupement hospitalier de territoire, par dérogation aux articles L. 6144-3, L. 6144-3-1, L. 6144-3-2 et L. 6144-4 dudit code ;
- 23 7° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent décider de fusionner ou substituer leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement, par dérogation à l'article L. 6146-9 du même code ;
- 24 8° Organiser les conditions dans lesquelles les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent décider de fusionner ou substituer leurs comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail par dérogation aux articles L. 4611-1 et L. 4611-2 du code du travail, demeurés applicables en vertu du I de l'article 10 de l'ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales ;
- 25 9° Préciser les modalités de constitution, les règles de composition et les attributions des instances qui résulteront des fusions ou substitutions prévues aux 4° à 8° du présent A ainsi que les conditions permettant de mettre fin à ces fusions et substitutions, de nature à garantir la représentation effective des personnels de chacun des établissements du groupement et le respect du principe d'élection.
- 26 B. – Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement pour chaque ordonnance prévue au présent III dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.
- 27 IV. – (*Non modifié*) L'article L. 6132-7 du code de la santé publique est complété par un 9° ainsi rédigé :
- 28 « 9° Les conditions de mise en œuvre des autorisations prévues à l'article L. 6132-5-1, ainsi que celles permettant d'y mettre fin en garantissant la continuité des activités et des parcours de soins. »

29 V. – (*Non modifié*) Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

30 VI. – (*Non modifié*) Les mandats des présidents et des membres élus des commissions médicales d'établissement mentionnées à l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire sont prorogés jusqu'à la date d'institution des commissions médicales de groupement fixée par le décret prévu au V du présent article et, au plus tard, le 1^{er} janvier 2021.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Cet article nous paraît particulièrement inquiétant. C'est pourquoi ma collègue Michelle Gréaume présentera dans quelques instants un amendement visant à le supprimer.

La loi de modernisation du système de santé, dite « loi Touraine », a instauré les GHT, dont la mise en place est, selon nous, dans la très grande majorité des cas, une occasion de mutualiser les moyens, certes, mais aussi de les réduire. Une hiérarchie est souvent instaurée entre les établissements membres d'un même GHT, ce qui justifie des suppressions de postes. Les personnels de santé ou administratifs ne travaillant pas dans l'établissement support ont d'ailleurs très souvent l'impression d'être sous sa tutelle et éloignés de la prise de décisions.

Alors même qu'aucune évaluation n'a été faite depuis l'instauration de l'obligation d'intégrer un GHT et que l'on peut légitimement estimer que les objectifs, en termes d'accès aux soins, n'ont pas été atteints, une étape supplémentaire est aujourd'hui franchie au travers de l'article 10, qui institue une commission médicale de groupement, une CME, mutualise la gestion des ressources humaines médicales et fusionne les instances représentatives, tels les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, les CHSCT.

Certes, la commission a quelque peu modifié le texte initial et maintenu un droit d'option, mais, en définitive, je crains que la logique ne demeure la même, d'autant que le Gouvernement a déposé des amendements visant à confirmer le caractère obligatoire des fusions au sein des GHT.

Nous sommes opposés à cette nouvelle étape à marche forcée et nous nous étonnons de cette façon de procéder, adoptée par différents gouvernements, qui ne fait qu'une très faible place aux évaluations et au retour vers les parlementaires pour qu'ils puissent établir un bilan et prendre des décisions en conséquence. Nous avons le sentiment que les décisions sont prises de manière unilatérale.

M. le président. La parole est à M. Dominique Théophile, sur l'article.

M. Dominique Théophile. L'article 10 renforcera l'intégration des établissements au sein des groupements hospitaliers de territoire, créés par la loi de modernisation du système de santé de 2016, afin de consolider la dynamique de coopération et d'intégration dans la région. Sa mise en œuvre améliorera structurellement l'offre de soins dans notre pays en renforçant la coordination entre les acteurs de santé.

Il s'agit par exemple d'éviter les doublons, de mieux identifier les compétences sur le territoire concerné, afin de présenter une offre du meilleur niveau en termes de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

L'examen des articles précédents l'a mis en lumière, nous ne pouvons pas nous permettre de disperser nos forces dans un contexte où nous manquons de soignants, d'autant que cette pénurie ne prendra pas fin avant une quinzaine d'années.

À cet égard, la gradation des soins permet une meilleure répartition de nos moyens. Les spécialistes que nous avons auditionnés le confirment : accoucher dans une maternité de niveau 1 est une bonne nouvelle pour la patiente, car cela signifie que les examens n'ont pas mis en évidence de risques de complications ; il faut laisser les spécialistes réserver les services de niveau 2 ou 3 aux patients qui en ont réellement besoin.

Cet article permettra également aux groupements existants d'aller plus loin dans la mutualisation de certaines compétences, et d'élaborer par exemple des programmes de financement et d'investissement en commun.

Enfin, nous l'avons constaté lors des auditions que notre groupe a organisées : le groupement hospitalier de territoire fait peur aux hôpitaux de proximité. Il faudra donc veiller à avoir de l'ambition pour ces hôpitaux et à ne pas réorganiser les services sans étudier les perspectives de rayonnement des GHT à travers les hôpitaux de proximité.

Si ces paramètres sont respectés, l'article 10 permettra une meilleure efficacité de l'offre de soins, malgré la pénurie de personnels soignants.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

M. Yves Daudigny. Les groupements hospitaliers de territoire, créés par la loi Touraine de 2016, constituent une réelle opportunité de procéder à des restructurations harmonieuses, sous condition de l'élaboration d'un projet médical consensuel et du respect des demandes des patients et des territoires, ainsi que des conditions de travail des personnels hospitaliers.

Nous sommes bien sûr favorables aux démarches de mutualisation, de coopération et de complémentarité, mais les difficultés apparaissent lors de leur mise en œuvre. L'ambition de renforcer très fortement l'intégration des GHT suscite au moins cinq interrogations : souvent, il n'existe pas de réel projet médical, ce qui explique les nombreux conflits survenant un peu partout dans les hôpitaux ; les établissements périphériques doivent être assurés de bénéficier des ressources médicales de l'établissement support, afin que leur attractivité soit garantie ; *quid* du rôle des commissions médicales d'établissement en matière de qualité et de sécurité des soins, à l'aune notamment de la création des commissions médicales de groupement ; *quid* de l'association des équipes médicales aux projets et à la gestion territoriale – à cet égard, comment demander aux personnels de s'investir dans des projets de transformation importants si aucune réponse n'est apportée à leurs problèmes de court terme ? – ; enfin, la situation financière des hôpitaux, sur laquelle nous reviendrons lors de l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, inquiète.

Je veux, à cette occasion, exprimer ma solidarité et celle du groupe socialiste et républicain avec le mouvement des urgentistes, aujourd'hui en grève, et dire notre émotion devant les réquisitions préfectorales, qui ont amené les gendarmes à solliciter des soignants en pleine nuit, la semaine dernière, notamment à Lons-le-Saunier.

Le Conseil national de l'ordre des médecins, institution tout à fait respectable, demande « une concertation d'urgence impliquant tous les acteurs afin qu'une réponse durable soit apportée aux revendications des professionnels de santé », dont la « souffrance face aux conditions de travail actuelles doit être entendue ». (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Les différentes interventions m'ont rappelé les mesures mises en place ces dernières années.

C'est en 2009 que nous avons pour la première fois parlé de communautés hospitalières de territoire, dans le cadre de l'élaboration de la loi HPST portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ces regroupements devaient résulter d'une démarche volontaire des hôpitaux. Il n'y avait pas d'obligation.

En 2016 sont apparus les groupements hospitaliers de territoire, articulés autour d'établissements pivots. Leur mise en place était obligatoire.

Aujourd'hui, on va un peu plus loin, en prévoyant même d'imposer la création de CME de GHT.

Cela m'évoque la démarche de l'intercommunalité, reposant d'abord sur le volontariat, avec les communautés de communes ou les communautés de ville, puis comportant des obligations, avec les communautés d'agglomération et, désormais, les métropoles. Les intercommunalités deviennent de plus en plus grosses, dans l'espoir de réaliser des économies, que l'on n'a en définitive jamais réellement constatées, comme le souligne volontiers le Président de la République... Les intercommunalités ont embauché, et cela coûte cher, de plus en plus cher.

Je crains qu'il n'en aille de même, à terme, dans le secteur hospitalier, et que les économies, en particulier dans le cadre des marchés, ne soient pas à la hauteur des attentes. J'en appelle donc à la prudence. Allons-y doucement. C'est pourquoi la commission a proposé que la création de la CME du GHT relève du volontariat et ne soit pas imposée. Ne posons pas systématiquement des obligations, car plus on contraindra les acteurs, moins ils en feront.

En ce qui concerne les urgentistes, nous sommes évidemment tous solidaires, monsieur Daudigny, mais nous sommes également tous responsables de la situation actuelle, ne serait-ce que par les budgets que nous avons votés, au moins depuis 2009. Les Ondam successifs, je le répète, n'ont pas permis de mettre en place suffisamment de moyens pour rendre la médecine de ville attractive, afin que la médecine d'urgence n'ait plus à pallier ses déficiences. Malheureusement, au regard des enveloppes contraintes dont nous disposons, cette responsabilité risque de durer encore quelque temps...

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, sur l'article.

Mme Véronique Guillotin. Les GHT, partis d'une simple démarche de mutualisation des achats ou des services support, en vue de réaliser des économies, évoluent aujourd'hui vers l'écriture et la mise en œuvre de projets médicaux.

On peut espérer de la mutualisation de projets médicaux, voire de CME pour ceux qui le souhaitent, une meilleure répartition des ressources humaines. La crainte qui s'exprime

dans nos territoires, c'est que le gros hôpital absorbe le petit, mais l'objectif est bien de travailler avec des ressources humaines communes, en maintenant un équilibre entre les différents hôpitaux.

Dans le département de la Meuse, à Bar-le-Duc, l'instauration d'une direction commune a permis une gouvernance équilibrée entre l'hôpital principal et les plus petites structures, prenant en compte l'ensemble des acteurs. Dans ce cas précis, les choses se passent bien dans les hôpitaux de proximité. Lorsque les acteurs travaillent en bonne intelligence, le regroupement peut être une chance pour certains territoires, si l'on veille à une gouvernance équilibrée respectant les petits hôpitaux.

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, sur l'article.

Mme Élisabeth Doineau. Comme il est indiqué dans le rapport de la commission, seulement un cinquième des GHT ont opté pour une formule plus intégrative. Il est sans doute souhaitable que ce mouvement s'étende, mais je m'inquiète un peu que l'on veuille rendre obligatoire le renforcement de l'intégration, certains GHT rencontrant des difficultés à s'engager dans cette voie. Cela éviterait sans doute les concurrences entre établissements en matière de recrutement et de rémunérations, mais instaurer une telle obligation pourrait induire un effet inverse dans certains territoires où les difficultés de recrutement sont telles que l'hôpital support a tendance à aspirer les médecins des hôpitaux de proximité.

Les GHT diffèrent en termes de taille, d'organisation, de degré d'intégration. Ils ont souvent engagé des efforts considérables de mutualisation, permettant de réaliser des économies. Laissons-leur du temps. Cet article, on le voit bien, suscite des peurs. Je m'interroge donc sur l'opportunité d'imposer un même schéma à tous, alors que les situations sont très diverses. Cela pourrait même freiner les initiatives et les dynamiques. En tout cas, je peine à croire que cette mesure puisse permettre de remédier aux difficultés de recrutement sur mon territoire.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Tourenne, sur l'article.

M. Jean-Louis Tourenne. Le rapporteur a affirmé que le regroupement des communes n'avait pas abouti à une diminution des dépenses de personnel,...

M. René-Paul Savary. C'est vrai !

M. Jean-Louis Tourenne. ... que la mutualisation n'avait pas apporté les fruits espérés. Ce discours maintes fois répété, y compris par la Cour des comptes, me semble devoir être nuancé. Il met en accusation les élus locaux, qui seraient incapables de mettre en œuvre des mesures d'économie. C'est oublier que la coopération a accéléré la mise en place d'équipements et de services qui, sans elle, n'auraient peut-être même jamais vu le jour. Il en est résulté des frais de gestion et des charges supplémentaires, mais la population y a trouvé son compte.

Cessons donc de jeter l'anathème sur les élus locaux et la coopération intercommunale !

M. Yves Daudigny. Très juste !

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, sur l'article.

M. René-Paul Savary. Selon les cas, les exemples cités en témoignent, l'intégration peut fonctionner ou non : tout dépend des femmes et des hommes qui la mettent en œuvre.

On peut certes imaginer que le CHU du GHT « pompe » les patients des établissements périphériques pour assurer l'accréditation de l'ensemble de ses services, mais on peut aussi espérer qu'une volonté de coordonner les acteurs prévale, afin que le CHU ou le centre hospitalier régional apporte, par le biais de consultations, un service supplémentaire dans les établissements de proximité, permettant la gradation des soins.

Mon département compte deux GHT : malgré mes réticences initiales, je dois reconnaître que cela semble bien fonctionner. Vous devez néanmoins faire preuve de vigilance, madame la ministre, car l'intégration peut aussi bien être une arme de destruction massive qu'un outil précieux d'organisation territoriale de la prise en charge des patients.

M. le président. L'amendement n° 319, 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 Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. L'article 10 vise à accélérer la mise en place des groupements hospitaliers de territoire et à augmenter leur emprise sur les territoires. Sans avoir mesuré les conséquences de la mise en place des GHT sur l'offre publique de soins, vous les confortez, vous les généralisez !

D'après la commission d'enquête de 2018 sur l'égal accès aux soins, la mise en place des GHT par la loi Santé de 2016 a conduit à concentrer l'activité hospitalière dans les grosses structures et à fermer les hôpitaux de proximité.

Les GHT sont un outil de gestion des pénuries et de mutualisation des services. Nous sommes pour la coopération, la complémentarité. Cependant, la mise en place des GHT a entraîné des fermetures de lits, des suppressions de postes, et a fortement détérioré les conditions de travail des personnels hospitaliers et la qualité des soins.

De plus, loin d'être des leviers pour améliorer l'accès aux soins, les GHT concentrent tous les pouvoirs au sein d'une superstructure. Ils ont éloigné de la prise de décisions tant les élus locaux que les représentants du personnel et les usagers.

D'ailleurs, le paragraphe III de cet article habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnance pour permettre aux GHT d'« approfondir l'intégration de leurs instances représentatives ou consultatives » : c'est l'application des ordonnances de la loi Travail à la fonction publique hospitalière par la fusion des instances du personnel !

Pour l'ensemble de ces raisons, nous demandons la suppression de cet article.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission ayant remanié l'article, elle n'est pas favorable à sa suppression. Les GHT sont évidemment un levier de restructuration indispensable à l'hôpital public. Il est également important d'accompagner les dynamiques locales, en permettant aux GHT qui fonctionnent d'aller plus loin dans l'intégration s'ils le peuvent. Les modifications apportées au dispositif par la commission permettent de faire reposer ces évolutions sur le volontariat des établissements.

La commission demande donc le retrait de l'amendement ; à défaut, elle y serait défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Mme Cohen a évoqué tout à l'heure un manque d'évaluation. Je souhaite saluer, à cet égard, le travail de la Mecss du Sénat, qui a réalisé, sous l'égide de Mme Deroche, de M. Daudigny et de Mme Guillotin, une première évaluation des GHT, peu de temps après leur création. Le développement des GHT est assez inégal, c'est vrai, en termes de qualité et de mutualisation. Ils ont un défi à relever en matière d'harmonisation.

Vous dites, madame Gréaume, que le GHT est un outil de gestion des pénuries et de mutualisation des moyens. Ce n'est pas seulement cela. Certes, c'est un outil de gestion : le rapporteur doute que la mutualisation des achats ait permis les économies escomptées, mais les gains sont en réalité énormes, puisqu'ils ont atteint 500 millions d'euros en 2018, contre 310 millions d'euros attendus. Ce n'est pas négligeable pour les hôpitaux publics.

Toujours en termes d'évaluation, nous venons de confier une mission à l'IGAS en vue de mesurer les effets de la mise en place des GHT pour les patients. Des missions d'évaluation doivent également être conduites l'an prochain par la Mecss et par l'Assemblée nationale.

Les GHT, créés en 2017, n'ont que deux ans d'âge. Ils ont, pour certains, à peine élaboré leur projet médical et sont en train de déployer leurs premières transformations au service des patients, avec des équipes de territoire, des consultations avancées. Cela prend du temps, mais je pense que nous commençons à en mesurer les premiers effets.

Les GHT fonctionnent quand les hôpitaux ont une vraie volonté de coopérer ; ils ne fonctionnent pas partout où l'esprit de compétition prévaut...

M. René-Paul Savary. Absolument !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ... où les hôpitaux pivots semblent aspirer les activités et les ressources humaines : c'est exactement ce que nous ne souhaitons plus voir.

La mutualisation des ressources humaines est aussi un outil d'attractivité pour de petits hôpitaux périphériques qui ont du mal à recruter, par exemple pour leur service des urgences. Mutualiser les urgentistes à l'échelle du GHT pour qu'ils tournent entre les différents établissements leur permet de conserver leurs compétences et d'avoir un exercice varié. C'est bien sûr bénéfique pour les patients, mais aussi pour les établissements, qui peuvent maintenir l'offre de soins sur le territoire.

Nous proposons une évolution vers ce modèle, qui sera plus ou moins rapide en fonction de la capacité des professionnels à écrire un projet médical. Nous devons passer d'une vision relativement administrative, qui constituait la première étape, à une vision beaucoup plus médicalisée, fondée sur des projets médicaux de territoire et davantage de mutualisation des ressources humaines, pour que notre système de santé puisse bénéficier à plein de l'intérêt des groupements hospitaliers de territoire. Nous savons que certains de ceux-ci sont encore très loin de ce modèle, mais nous pouvons déjà fixer le cap et les aider à s'en rapprocher.

M. le président. La parole est à M. Olivier Henno, pour explication de vote.

M. Olivier Henno. Cet amendement de suppression me semble un peu caricatural ; je voterai contre.

Comme René-Paul Savary, je suis entré un peu à reculons dans la logique du GHT, en tant que maire et président d'un hôpital. Chemin faisant, je me rends compte que cela permet tout de même de mutualiser un certain nombre de fonctions. Ce n'est pas un tabou : regrouper deux services des achats ou deux services comptables qui coexistaient à quelques kilomètres de distance permet d'économiser des coûts administratifs, au profit de l'amélioration de l'offre et de la qualité des soins. Il me semble dès lors difficile de refuser cette logique.

M. le président. La parole est à Mme Josiane Costes, pour explication de vote.

Mme Josiane Costes. Dans le Cantal, le petit hôpital de proximité de Mauriac a retrouvé du dynamisme grâce à la création du GHT. Les urgences ont été mutualisées avec celles de l'hôpital d'Aurillac. Un article paru aujourd'hui dans le quotidien *La Montagne* nous apprend que la population est très satisfaite que des internes assurent des consultations de médecine générale à l'hôpital, dans un territoire qui s'apparente à un désert médical.

Comme vous l'avez dit, madame la ministre, les GHT donnent de bons résultats lorsqu'existe un projet de santé de territoire, en particulier dans nos territoires faiblement peuplés, où l'on peine à recruter des médecins. Je ne voterai pas cet amendement.

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

Mme Laurence Cohen. Je ne sais pas si cet amendement est caricatural, mais il faut prendre en compte les situations diverses et singulières des territoires.

La mutualisation des services administratifs va dans le bon sens, mais j'estime que la création de groupements hospitaliers de territoire ne peut se faire à marche forcée, sans projet médical partagé. Or c'est là que le bât blesse : il y a un déficit très important de concertation avec les équipes médicales, les élus, les patients.

Dans certains territoires, les établissements pivots absorbent et condensent les moyens, dans une logique de compétition plutôt que de mutualisation et de coopération. Je prends acte de l'intention du Gouvernement de revenir sur la fameuse tarification à l'activité lors de l'examen du prochain PLFSS, mais, pour l'heure, elle s'applique toujours ! Certains directeurs d'hôpital sont très inquiets, parce que, dans leur territoire, il n'y a plus rien.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 319.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Pour votre information, mes chers collègues, nous avons examiné huit amendements en une heure et quart. À ce rythme, il nous faudra encore trente heures de séance pour achever l'examen du texte... Même si nous doublons l'allure, nous devons siéger la nuit de vendredi à samedi. Vous avez les cartes en main et êtes bien entendu absolument libres de débattre comme vous l'entendez.

L'amendement n° 469, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 3, première phrase

1° Remplacer les mots :

peut être

par le mot :

est

2° Supprimer les mots :

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement vise à rétablir la mise en place obligatoire des commissions médicales de groupement. L'objet est d'avoir une vision mutualisée des projets médicaux. Le texte voté en commission des affaires sociales, qui rend facultative l'instauration des commissions médicales de groupement, ramène à la situation actuelle, où chaque GHT peut choisir de mettre en place soit une commission médicale de groupement, soit une CME, soit un collège.

Je souhaite rappeler ici l'ambition qui sous-tend l'article 10. Alors que la motivation initiale ayant poussé à la création des GHT était d'optimiser les prises en charge des patients dans une logique de gradation, le constat fait par vous-mêmes et par de nombreux acteurs hospitaliers est que beaucoup d'énergie a été consacrée à améliorer les fonctions de support et l'organisation administrative. Par conséquent, toujours dans l'optique de remettre le projet médical au centre de l'action des GHT, il nous semble nécessaire de pouvoir adopter une vision mutualisée dans le cadre d'une commission médicale de groupement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a décidé de soumettre la mise en place de la commission médicale de groupement à l'accord des CME.

Nous préférons accompagner les dynamiques locales sans imposer des schémas homogènes à tous. En effet, les situations des GHT, qui se sont mis en place depuis juillet 2016, sont hétérogènes. C'est ce que montre le premier bilan établi par nos collègues Catherine Deroche, Yves Daudigny et Véronique Guillotin au nom de la Mecss. Certains établissements, souvent parmi les plus périphériques, subissent parfois un siphonnage de leurs ressources par l'établissement support, à rebours de l'objectif initial des GHT.

J'entends bien les arguments avancés par le Gouvernement, mais je souhaite que nous restions attentifs à bien associer les établissements à cet acte II des GHT. La commission, par cohérence avec la position qu'elle a adoptée précédemment, a émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il faut savoir que cette question a fait l'objet d'un important travail en amont avec les parties prenantes, avec notamment sept réunions rassemblant plus de quarante participants. La Fédération hospitalière de France est totalement favorable à la mise en place de commissions médicales de GHT. Nous avons vraiment obtenu un accord global des acteurs. Je ne comprends que l'on soit en deçà de leur volonté, au risque de perdre des années dans la mise en place de projets médicaux partagés.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 469.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 235 rectifié *bis*, présenté par MM. A. Marc, Chasseing et Luche, Mme Mélot et MM. Lagourgue, Guerriau et Decool, est ainsi libellé :

Alinéa 3, dernière phrase

Remplacer les mots :

contribue notamment à l'élaboration de

par les mots :

élabore avec le concours des établissements membres du groupement

La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Cet amendement a pour objet de replacer chacun dans son rôle et ses missions, et de confier des responsabilités plus effectives à la CME.

La politique médicale de qualité et de sécurité des soins doit être élaborée par la commission médicale du groupement avec le concours des établissements. Les arguments de Mme la ministre semblent pertinents, mais il faut que chaque établissement avance à son rythme et sans contrainte. La réussite des GHT entraînera des adhésions, mais peut-être seulement à moyen terme.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La rédaction prévue par le texte a paru préférable à la commission, car elle est le symétrique de celle de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique, s'agissant des CME. En outre, il semble important à la commission de ne pas déposséder les CME, qui ont aussi des prérogatives en la matière.

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. Avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot, pour explication de vote.

Mme Colette Mélot. Puisque la rédaction de la commission va dans le même sens, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 235 rectifié *bis* est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 670 rectifié *bis*, présenté par Mme Micouveau, M. Charon, Mme Bruguière, M. Bonhomme, Mmes Deromedi et Gruny, MM. Guerriau, Karoutchi et Laménie, Mme Lamure et MM. Savary, Sido et Sol, est ainsi libellé :

Alinéa 4, première phrase

1° Après le mot :

maïeutiques

insérer les mots :

et des psychologues

2° Supprimer les mots :

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

La parole est à Mme Pascale Gruny.

Mme Pascale Gruny. Les psychologues ne sont aujourd'hui représentés dans aucune des instances des personnels des établissements publics de santé, ni *a fortiori* dans celles des groupements hospitaliers de territoire. En effet, les psychologues ne sont pas définis comme appartenant à une profession médicale, représentée par la commission médicale d'établissement, ou à une profession paramédicale, représentée par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.

Cet amendement vise à permettre aux psychologues d'être associés à la composition des commissions médicales de GHT, compte tenu du fait qu'ils ne sont représentés par aucune autre instance.

M. le président. L'amendement n° 470, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 4, première phrase

Supprimer les mots :

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. La rédaction adoptée par la commission des affaires sociales définit les modalités de désignation des membres des commissions médicales de groupement, en précisant que ceux-ci sont issus des CME.

Il apparaît inopportun d'inscrire cette précision dans la loi à ce stade, alors que des travaux extrêmement poussés se poursuivent avec les parties prenantes relativement au modèle cible de gouvernance. La composition des nouvelles commissions médicales de groupement est au centre des débats et la précision introduite dans le texte par la commission ne fait pas nécessairement l'objet d'un consensus. Sur ces questions de gouvernance, j'ai fait le pari de la confiance aux acteurs.

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

M. Alain Milon, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 670 rectifié *bis*, par définition, les psychologues ne relèvent pas d'une profession médicale. Ils n'ont donc pas à être représentés dans la commission médicale de groupement ou dans la CME. L'avis est défavorable.

L'amendement n° 470 du Gouvernement revient sur une modification introduite par la commission. Je comprends évidemment les réserves exprimées par Mme la ministre, du fait des concertations en cours. Toutefois, nous avons tenu à préciser le lien entre la commission médicale de groupement instituée par le texte et les commissions médicales d'établissement, pour faire en sorte que la commission médicale de groupement ne soit pas une instance « hors-sol » et pour préserver l'attractivité des CME. La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 670 rectifié *bis* ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Pascale Gruny, pour explication de vote.

Mme Pascale Gruny. Je retire l'amendement n° 670 rectifié *bis*, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 670 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 470.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 531 rectifié, présenté par MM. P. Joly, Lozach et Delcros, Mme Jasmin, MM. Manablé et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mmes Grelet-Certenais, Perol-Dumont, Artigalas et Harribey, est ainsi libellé :

Alinéa 4, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, de l'hôpital et de la médecine de ville

La parole est à M. Bernard Delcros.

M. Bernard Delcros. Cet amendement vise à prévoir la représentation de la médecine de ville dans les commissions médicales de groupement, pour permettre une meilleure coordination des décisions du GHT avec les missions assurées par la médecine de ville dans le territoire où il exerce ses activités.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission est défavorable à l'intégration de professionnels de médecine de ville dans les commissions médicales de groupement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 531 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 196 rectifié, présenté par Mmes Delmont-Koropoulis et Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mmes Deromedi et Gruny et MM. Mandelli, Piednoir, Pointereau et Laménie, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Cet amendement a pour objet de renforcer la médicalisation du projet médical partagé du GHT, en confiant expressément son élaboration aux commissions médicales d'établissement. Ce n'est pas aux administrations hospitalières, mais aux équipes hospitalières, d'élaborer ensemble un projet médical qui sera effectivement partagé.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Le code de la santé publique désigne de façon générique les « établissements parties » comme responsables de l'élaboration du projet médical partagé du GHT. L'alinéa 10, introduit par la commission, précise toutefois explicitement que les CME sont associées à cette démarche, dans leur champ de compétence.

Cet amendement paraissant satisfait, nous en sollicitons le retrait. 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 Delmont-Koropoulis, l'amendement n° 196 rectifié est-il maintenu ?

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 196 rectifié est retiré.

L'amendement n° 398 rectifié, présenté par M. Piednoir, Mmes Deroche et Bruguière, M. Bonne, Mme Estrosi Sassone, M. Meurant, Mmes Delmont-Koropoulis et L. Darcos, M. Savin, Mme Deromedi, MM. Lefèvre et Mandelli, Mme Lamure et MM. Laménie, Revet, Bonhomme, Karoutchi et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Cet amendement a pour objet d'associer les universités aux activités hospitalo-universitaires prévues dans le cadre de l'association entre le groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.

Il prévoit également d'associer les universités dans le cadre de la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement, en lien avec l'« universitarisation » des formations paramédicales et les plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Tous les groupements hospitaliers de territoire doivent, à l'heure actuelle, s'associer à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires.

Le présent amendement apporte une précision qui paraît utile à la commission, en vue d'associer dans ce cadre les universités du territoire aux activités qui les concernent. La commission souhaiterait toutefois connaître l'avis du Gouvernement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. En réalité, les dispositions en vigueur prévoient déjà cette convention destinée à définir les conditions d'association entre chaque GHT et un CHU. Un modèle de convention, proposé conjointement par les représentants des acteurs universitaires – la conférence des doyens, celle des directeurs généraux et celle des présidents des commissions médicales des CHU –, a été mis à disposition des GHT dès janvier 2017.

Le présent amendement étant satisfait, je suggère de le retirer. À défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Madame Delmont-Koropoulis, l'amendement n° 398 rectifié est-il maintenu ?

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 398 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 534 rectifié *bis*, présenté par MM. Decool, Chasseing, Bignon, Capus, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Laufoaulu, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot et MM. Menonville et Wattebled, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 7

Rédiger ainsi cet alinéa :

a) À la deuxième phrase, les mots : « les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et

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

II. – Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Le présent amendement vise à renforcer le rôle des élus locaux au sein du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, qui constitue l'instance principale de décision.

Les questions liées à l'organisation de l'offre de soins dans les territoires doivent être traitées en concertation avec les élus locaux. Aujourd'hui, ils sont associés aux décisions *via* leur participation au comité territorial des élus locaux. Toutefois, le rôle et l'influence de ce comité restent limités.

Toute décision concernant l'organisation hospitalière a un impact important et direct sur la médecine de ville. Elle peut également avoir des conséquences pour le bassin de vie en termes d'emplois et de transports.

La qualité des soins proposés à l'hôpital doit demeurer le premier critère de maintien, de déplacement ou de suppression d'un service. Cependant, il est également indispensable de prendre en compte l'ensemble des aspects que je viens d'évoquer. Or, ce sont les élus locaux, notamment les maires, qui sont les plus fins connaisseurs de la situation et des besoins du territoire. En conséquence, il semble indispensable de leur réserver deux places au sein du comité stratégique du GHT.

M. le président. L'amendement n° 684, présenté par MM. J. Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllégatte, Jacquín et Madrelle, Mmes Prévillé et Tocqueville, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Rossignol, Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mme Harribey, M. Lurel, Mme Blondin, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mmes Ghali et G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaúgé, Mmes Perol-Dumont et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polían, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Compléter cet alinéa par les mots :

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

La parole est à Mme Angèle Prévillé.

Mme Angèle Prévile. Les questions liées à l'organisation de l'offre de soins dans les territoires peuvent-elles se traiter sans les élus locaux ? Ces élus sont aujourd'hui cantonnés au sein du comité territorial des élus locaux, instance consultative dont le rôle et l'influence sont limités.

La qualité des soins proposés à l'hôpital doit bien entendu demeurer le premier critère de maintien, de déplacement ou de suppression d'un service. Toutefois, toute décision concernant l'organisation hospitalière a des impacts forts et directs sur le maintien et l'installation des médecins en ville, des pharmaciens, des infirmières et, plus généralement, des personnels de santé. Elle a aussi, bien sûr, des conséquences très fortes en termes d'emploi et de transports, pour ne pas dire d'attractivité.

Or ce sont les élus locaux, notamment les maires, qui sont souvent le mieux placés pour apprécier la situation et les besoins de leur territoire. On le sait, les élus consacrent beaucoup de temps et d'énergie aux questions de santé, essentielles à leurs yeux. Ils connaissent par ailleurs leur commune et leur territoire de manière fine. Ils sont également le réceptacle de toutes les demandes de leurs administrés et sont toujours en première ligne. En résumé, ils ont un éclairage plus qu'intéressant à apporter à ce comité !

En conséquence, il semble indispensable de réserver deux places aux maires au sein du comité stratégique du GHT. Nous connaissons vos réticences, madame la ministre : vous allez nous dire que le comité stratégique n'est qu'un directeur opérationnel. *Quid* alors d'une vision stratégique du GHT ? Quelle place pour les élus locaux dans cette gouvernance rénovée que le projet de loi est censé instaurer ? Nous avons déposé cet amendement pour ouvrir ce débat avec vous, madame la ministre.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'adoption de ces deux amendements conduirait à ajouter deux représentants des élus à la composition du comité stratégique du GHT, alors qu'il existe par ailleurs un comité territorial des élus locaux. Il paraît plus intéressant d'étendre le champ des prérogatives de ce comité, comme le prévoient les amendements suivants, en particulier l'amendement n° 663 rectifié. Cela permettrait de répondre aux objectifs légitimes des auteurs de ces amendements et de mieux associer les élus sans superposer deux structures dont on conçoit assez mal l'articulation.

En conséquence, la commission sollicite le retrait de ces amendements au profit de l'amendement n° 663 rectifié. 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 Mélot, l'amendement n° 534 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Colette Mélot. Non, je le retire au profit de l'amendement n° 663 rectifié, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 534 rectifié *bis* est retiré. Madame Prévile, l'amendement n° 684 est-il maintenu ?

Mme Angèle Prévile. Non, je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 684 est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 663 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Requier, Roux et Vall, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. À ce stade de la mise en œuvre de la réforme des GHT, il apparaît nécessaire de renforcer le rôle des élus locaux.

Le présent amendement a pour objet de compléter les prérogatives du comité territorial des élus locaux afin de l'associer plus étroitement à l'élaboration de la stratégie des GHT. Pour ce faire, le comité territorial des élus locaux pourrait donner un avis sur le projet médical partagé, le projet de soins partagé et les conventions de partenariat et d'association entre le GHT et les autres établissements du territoire.

M. le président. L'amendement n° 535 rectifié, présenté par MM. Decool, Chasseing, Bignon, Capus, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Laufoaulu, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot et MM. Menonville et Wattebled, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Cet amendement vise également à renforcer les prérogatives du comité territorial des élus locaux, en prévoyant sa consultation par le comité stratégique dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical partagé.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les amendements n° 663 rectifié et 535 rectifié partagent le même objectif et visent à étendre de façon bienvenue les prérogatives du comité territorial des élus locaux. Cela va dans le sens d'une meilleure association des élus à la politique hospitalière sur le territoire.

La commission a émis un avis favorable sur l'amendement n° 663 rectifié, dont la rédaction lui paraît plus complète, et sollicite le retrait de l'amendement n° 535 rectifié à son profit.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Mêmes avis.

M. le président. Madame Mélot, l'amendement n° 535 rectifié est-il maintenu ?

Mme Colette Mélot. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 535 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 663 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

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

L'amendement n° 321, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéas 9 et 10

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Cet amendement prévoit la suppression des alinéas 9 et 10 de l'article 10, qui poursuivent le démantèlement du service public hospitalier.

Alors que près de quatre-vingts services des urgences sont en grève pour demander plus de moyens en personnel et en matériel médical et souligner les conséquences désastreuses des fermetures de services ou de lits dans les hôpitaux et que le personnel de celui de l'hôpital Nord de Saint-Étienne vient de rejoindre ce mouvement national hier, le Gouvernement leur oppose la mutualisation des ressources humaines au sein des groupements hospitaliers de territoire.

La situation catastrophique actuelle, avec un personnel hospitalier en grande souffrance, subissant de plein fouet la réduction drastique des dépenses de santé et les fermetures d'hôpitaux de proximité, atteste de l'échec des politiques poursuivies ces dernières années.

Votre volonté, madame la ministre, de transférer davantage de compétences des établissements de santé vers les GHT montre que vous n'entendez toujours pas le cri d'alarme des soignants, qui vous demandent de mettre un terme à cette politique de fermeture d'établissements et de services et de leur redonner les moyens humains et matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Par ailleurs, vous décidez de renforcer l'intégration des établissements de santé au sein des GHT, alors même que nous ne disposons toujours d'aucun bilan, depuis leur création en 2016!

Pis encore, vous demandez que le Gouvernement soit habilité à légiférer par ordonnances sur un point essentiel de cette réforme.

Notre groupe ne peut qu'exprimer une profonde inquiétude quant aux orientations politiques et à la méthode choisies par le Gouvernement.

M. le président. L'amendement n° 471, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement vise à rétablir le caractère obligatoire de la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales, rendue facultative par la commission des affaires sociales.

Malgré l'ambition politique initiale de créer des GHT pour optimiser les prises en charge des patients dans une logique de gradation des soins, trois ans après la réforme, nombreux sont les acteurs hospitaliers à déplorer que les énergies aient pu être majoritairement consacrées à l'optimisation de fonctions de support ou à la gestion administrative.

L'ambition générale qui sous-tend l'article 10 est donc de déplacer le centre de gravité des GHT pour donner la priorité aux organisations médicale et soignante, en réponse aux attentes exprimées par les professionnels hospitaliers et les patients.

L'une des conditions à remplir est de placer, parmi les compétences obligatoirement mutualisées, la gestion des ressources humaines médicales, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques. Cela m'apparaît comme une avancée capitale, pour trois raisons.

D'abord, il n'y aura plus de pratiques concurrentielles en la matière. Actuellement, en raison de la situation tendue de la démographie médicale, des établissements publics qui partagent pourtant la même stratégie médicale se font concurrence pour le recrutement de médecins, en faisant de la surenchère sur les rémunérations.

Ensuite, cette gestion unifiée favorisera la mise en place d'équipes médicales de territoire qui se verront appliquer les mêmes règles de la même façon, même s'ils exercent dans des établissements différents. C'est la condition d'un travail en commun de qualité.

Enfin, cela constituera un avantage pour les personnels. L'échelle du GHT offrira davantage de visibilité et d'opportunités en matière de déroulement de carrière.

Ces gains en matière de coopération, de coordination et d'attractivité me paraissent très importants à préserver. Le modèle cible et l'articulation des compétences en la matière entre « établissements parties » et « établissements supports » sont actuellement en discussion dans le cadre de groupes de travail réunissant les parties prenantes, et je me dois de souligner qu'aucun des participants – organisations syndicales, conférences ou fédérations hospitalières – n'appelle, à ce stade, à un retour en arrière *via* le rétablissement d'une simple faculté en la matière, comme le prévoit le texte adopté par la commission.

Pour ces raisons, je souhaite que l'alinéa 9 soit rétabli dans sa version initiale.

Sincèrement, peut-on comprendre qu'un établissement d'un GHT publie un poste prioritaire de praticien hospitalier en contradiction avec la stratégie médicale du groupement ou fasse de la surenchère financière pour recruter un anesthésiste au détriment d'un hôpital périphérique? Voilà pourtant ce que permet aujourd'hui la non-mutualisation des ressources humaines. Vous-mêmes n'avez de cesse de dénoncer de tels dysfonctionnements, qui expliquent aussi que les GHT n'aient pas pris toute l'ampleur qui devait être la leur.

M. le président. L'amendement n° 197 rectifié, présenté par Mmes Delmont-Koropoulis et Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mmes Deromedi et Gruny et MM. Mandelli, Piednoir et Laménie, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Remplacer le mot :

cohérence

par le mot :

conformité

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Cet amendement a pour objet de renforcer la prévention d'une dérive bureaucratique déconnectée des réalités de la prise en charge médicale.

Les décisions de gestion des ressources médicales doivent être conformes à la stratégie médicale du groupement, et pas simplement cohérentes avec elle. En l'état actuel du texte, le directeur d'établissement pourrait en effet s'abriter derrière une absence d'incohérence avec cette stratégie pour prendre des décisions sans fondement médical.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a rendu optionnelle la mutualisation de la fonction ressources humaines pour permettre une adaptation à la diversité des situations locales. Cela permet d'accompagner les groupements qui souhaitent approfondir leur intégration, sans imposer cette évolution à tous.

Dans ces conditions, il semble à la commission que les inquiétudes soulevées par les auteurs de l'amendement n° 321 sont levées, au moins partiellement. Elle émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

S'agissant de l'amendement n° 471, la commission entend les arguments de Mme la ministre, qui propose de rétablir le texte initial. Elle a néanmoins jugé plus opportun de privilégier les démarches de volontariat sur ce sujet sensible, compte tenu de l'hétérogénéité des situations des GHT. L'avis est donc défavorable.

Enfin, la commission comprend les préoccupations exprimées par Mme Delmont-Koropoulis à travers l'amendement n° 197 rectifié, mais le terme de « conformité » paraît inutilement contraignant. La stratégie médicale ne pourra pas décliner ou anticiper l'ensemble des cas de figure possibles en matière de gestion des ressources humaines. En conséquence, la commission sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements nos 321 et 197 rectifié ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 321.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apurceau-Poly, pour explication de vote sur l'amendement n° 471.

Mme Cathy Apurceau-Poly. Madame la ministre, les hôpitaux de Lens, d'Hénin-Beaumont, de Beuvry et de Béthune, qui constituent le GHT du pays d'Artois, n'ont plus de médecins à se voler, plus de services à échanger, puisqu'ils n'ont pratiquement plus rien ! Associer un pauvre avec un pauvre, cela fait non pas un riche, mais un plus pauvre encore... Il s'agit en l'occurrence de quatre hôpitaux très pauvres, qui subissent des fermetures de services et de lits, où les médecins démissionnent. Les urgences ne seront peut-être pas assurées à Lens cet été ! Que fait-on, face à une telle situation ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 471.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Je retire l'amendement n° 197 rectifié, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 197 rectifié est retiré.

L'amendement n° 403 rectifié, présenté par MM. Darnaud et Genest, Mme Bruguière, MM. D. Laurent, Charon et Courtial, Mmes Noël et Imbert, MM. Segouin, Pointereau, Bazin et Sauray, Mme Lamure et MM. Bouchet, Dufaut et Magras, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 9

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. La création par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé des groupements hospitaliers de territoire a eu pour conséquence la mise sous tutelle des centres hospitaliers non supports. Ces derniers s'inquiètent d'une perte d'autonomie évidente et des conséquences de la concentration annoncée des moyens dans les hôpitaux supports des GHT.

Or, certains établissements parties à un groupement assurent la gestion d'un équipement lourd et/ou l'exercice d'une activité avec une prééminence certaine par rapport à l'établissement support. Ces établissements peuvent décider de la constitution d'un pôle interétablissements géré par l'établissement support, selon l'article L. 6132-3 du code de la santé publique.

Cependant, dans la mesure où les établissements sont tous différents et ont des spécialités bien définies, l'efficacité réclame d'orienter la concentration des moyens par pôle vers les centres d'excellence.

C'est pourquoi l'objet du présent amendement est de permettre, par voie d'avenant, avec l'accord exprès de l'établissement support, de gérer par délégation un pôle interétablissements afin de recentrer des moyens sur l'établissement qui a depuis longtemps développé une expertise dans le domaine considéré.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cette proposition pourrait constituer un levier de valorisation des établissements parties à un GHT, qui ont parfois le sentiment d'une captation du pouvoir par l'établissement support. Le dispositif ouvre seulement une possibilité, ce qui permet de s'adapter à la diversité des contextes locaux.

La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement est satisfait. La rédaction actuelle offre déjà la possibilité à un hôpital partie à un GHT qui n'est pas l'établissement support de gérer un pôle interétablissements. Seul le portage administratif et comptable relève nécessairement de l'établissement

support, celui-ci gérant le budget du GHT ; les enjeux de gouvernance, notamment médicale, ne sont absolument pas préemptés. L'avis est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 403 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 472, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Rétablir cet alinéa dans la rédaction suivante :

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'objet de cet amendement est de rétablir le droit d'option, au sein du GHT, pour la mutualisation de la stratégie d'investissement.

L'article 10 vise à renforcer la dynamique de coopération et d'intégration au sein des GHT, tout en tenant compte de leurs différences de situations et de niveaux de développement.

La mesure prévoit notamment de créer un droit d'option pour les GHT volontaires les plus matures, leur permettant d'aller plus loin sur certains sujets. Nous mettons ainsi fin, sauf pour les sujets médicaux, à la logique précédente, qui voulait que tous les GHT avancent au même rythme.

Dans le cadre de l'exercice de ce droit d'option, la commission des affaires sociales a supprimé la possibilité de présenter un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel unique, et donc de mener en commun, entre les différents sites du GHT, une stratégie d'investissement.

Or maintenir cette possibilité, qui par définition n'est pas une obligation, me paraît essentiel. Il s'agit en effet de permettre aux établissements membres d'un groupement, lorsqu'ils sont volontaires, de présenter dans un document unique leur stratégie financière et d'investissement pluriannuelle. Cela permettra d'assurer la cohérence des investissements de l'ensemble des hôpitaux membres avec le projet médical partagé du groupement.

Je suis attachée au principe du volontariat sur ce sujet, car il faut permettre une application souple et adaptée aux réalités et au niveau de maturité de chacun des GHT.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a supprimé cette possibilité sur mon initiative pour appeler l'attention sur l'inadaptation des modes de financement actuels des investissements hospitaliers. Le problème avait déjà été relevé dans un rapport sur la tarification à l'activité, la T2A, que j'avais commis en 2012 avec Jacky Le Menn au nom de la Mecss.

Je souhaiterais que nous poursuivions la réflexion sur ce sujet. Les règles de recevabilité financière des amendements ne m'ont pas permis d'inscrire dans le texte par voie d'amendement le principe d'une « banque des investissements », qui permettrait de sortir cette enveloppe de l'Ondam. Étant pris sur les tarifs, les investissements structurels ou courants sont souvent une variable d'ajustement, ce qui obère l'avenir des hôpitaux.

Il serait bien que, à l'instar de l'éducation nationale, les établissements de santé ne paient pas leurs locaux, qui pourraient être pris en charge *via* un autre système, en particulier une banque des investissements.

Ces précisions étant apportées, j'émet un avis favorable sur l'amendement du Gouvernement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 472.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 278 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

L'amendement n° 631 rectifié est présenté par Mme Sollogoub, MM. Canevet, Henno et Janssens, Mmes Vermeillet et C. Fournier, M. Moga, Mmes Férat et Billon, M. Cazabonne et Mme Vullien.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 16 à 26

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 278.

Mme Laurence Cohen. Notre amendement de suppression de l'article 10 ayant malheureusement été rejeté, nous présentons cet amendement de repli portant sur les alinéas 16 à 26. Nous en demandons la suppression pour toutes les raisons déjà évoquées, mais aussi parce que renforcer la gouvernance médicale au niveau des GHT, comme le souhaite le Gouvernement, nous semble dangereux. Même si, pour l'heure, cela reste une simple faculté, fusionner les commissions médicales d'établissement au sein d'une supra-commission médicale de groupement est contraire à une démocratie sanitaire de proximité telle que nous la défendons.

Cela vaut aussi pour les directoires, qui auront également la possibilité de fusionner, tout comme les comités techniques d'établissement.

La brèche que vous créez à l'alinéa 24, avec la fusion possible des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, les CHSCT, nous inquiète également. On se souvient des débats que nous avons eus ici sur la réforme du code du travail et la suppression de ces instances représentatives du personnel dans le secteur privé. La fonction publique, notamment la fonction publique hospitalière, conservait jusqu'à présent ces instances.

Hélas, la tendance à un certain gigantisme que nous dénonçons à propos des GHT a donc une autre conséquence logique : la suppression de l'échelon de proximité. Quand on sait la souffrance au travail qui existe dans les établissements de santé, particulièrement dans les hôpitaux publics, il paraît aberrant de fusionner les seules instances où les problèmes de sécurité et de conditions de travail sont abordés.

Il me semble d'ailleurs que l'article 10 *bis* nous donne plutôt raison. En effet, cet article a été introduit à la suite de l'adoption de plusieurs amendements à l'Assemblée nationale, où des députés de différentes sensibilités s'inquiétaient notamment de la fusion des commissions des usagers dans les GHT. J'avoue dès lors ne pas comprendre selon quelle logique on permettrait de fusionner les CHSCT tout en maintenant une commission des usagers par établissement.

Ce qui vaut pour l'article 10 *bis* devrait également valoir pour cet article 10, sauf à créer une certaine asymétrie et une profonde injustice.

M. le président. L'amendement n° 631 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 278 ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est également défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 278.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 10, modifié.

(L'article 10 est adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, nous venons d'examiner dix-neuf amendements en quarante-cinq minutes. Le rythme s'accélère... *(Exclamations amusées.)*

Nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-huit heures quinze, est reprise à dix-huit heures vingt.)

M. le président. La séance est reprise.

Article additionnel après l'article 10

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

Après l'article 10

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le VII de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être associés au projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire auxquels ils ne sont pas parties. »

La parole est à M. Bernard Bonne.

M. Bernard Bonne. Cet amendement vise à permettre aux Ehpap publics d'être associés à l'élaboration du projet médical partagé des GHT.

La rédaction actuelle du texte ne prévoit pour eux que la possibilité d'être partie prenante au GHT, ce qui peut être dissuasif à la fois pour les Ehpap et pour les hôpitaux.

En effet, les Ehpap sont réticents à intégrer une structure perçue à juste titre comme dominée par l'hôpital. De plus, la mutualisation des fonctions de support liée à l'intégration au GHT en tant qu'établissement partie peut les contraindre à renoncer à travailler avec le secteur économique local.

De leur côté, les directeurs d'hôpital ne sont pas forcément favorables à ce que les Ehpap puissent occuper une position dominante dans les instances du GHT, en raison du nombre d'établissements potentiellement concernés.

Pourtant, il est essentiel que la réflexion des GHT sur les filières gériatriques soit partagée avec les Ehpap publics du territoire. C'est pourquoi cet amendement prévoit d'associer les Ehpap publics à l'élaboration du projet médical partagé du GHT, sans qu'ils en soient nécessairement parties.

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

M. Alain Milon, rapporteur. À l'heure actuelle, les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Cette possibilité demeure malheureusement peu usitée.

L'amendement présenté par M. Bonne fait suite au rapport sur les Ehpap qu'il a présenté à la commission des affaires sociales et vise à permettre à ces établissements d'être associés au projet médical partagé du GHT, comme le sont les établissements de psychiatrie.

Cette mesure est apparue intéressante à la commission, car elle peut constituer une modalité plus souple, permettant de raccrocher certains Ehpap à des dynamiques de GHT. L'avis de la commission est donc favorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'avis du Gouvernement est défavorable, parce que nous ne souhaitons pas alourdir la loi. Ce que prévoit cet amendement est déjà possible dans le cadre du droit en vigueur. D'ailleurs, de nombreux GHT se sont mobilisés en ce sens : le GHT Psy Sud Paris a par exemple poursuivi ses coopérations antérieures avec des établissements et services médico-sociaux.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 261 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 10.

Article 10 bis A

① Après le premier alinéa de l'article L. 6143-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

② « Un volet spécifique consacré à la qualité de vie au travail des personnels médicaux et non médicaux est intégré au projet social défini par chaque établissement. » – *(Adopté.)*

Article additionnel après l'article 10 bis A

M. le président. L'amendement n° 740 rectifié, présenté par MM. Sueur, 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, Préville, S. Robert et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Après l'article 10 *bis* A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Jean-Pierre Sueur.

M. Jean-Pierre Sueur. Madame la ministre, je ne vous apprendrai qu'une grande inquiétude règne parmi les personnels des services des urgences. J'ai déposé cet amendement après avoir rencontré personnellement des infirmières et des infirmiers qui assurent l'accueil dans ces services. Ils m'ont fait part de leurs conditions effectives de travail, qui sont très difficiles.

Les personnels des services d'accueil des urgences prennent en charge les patients qui arrivent à l'hôpital. Ils sont les premiers à effectuer un bilan de la pathologie de ces derniers, ce qui peut d'ailleurs les exposer à des risques non négligeables. Ils doivent également faire face à la hausse de la fréquentation, ainsi qu'à la diminution du nombre des lits d'aval.

Selon une enquête de la Drees, l'augmentation du nombre de personnes accueillies dans les services des urgences est sans comparaison avec l'évolution de la démographie française. Il est impossible de continuer dans ces conditions, madame la ministre !

Cette tendance est très fortement marquée par un renforcement de la demande sociale dans les hôpitaux, une part non négligeable des patients accueillis étant en très grande précarité. Les soignants accueillent aux urgences une fraction importante de la population en situation de détresse sociale, ce qui nécessite une prise en charge spécifique.

Malgré toutes ces difficultés, les personnels des urgences, qui doivent aussi parfois faire face à une recrudescence de la violence, tant verbale que physique, peinent à faire reconnaître la spécificité de leur travail. La gestion de la violence, la polyvalence de l'exercice, le manque de lits d'aval, l'augmentation de l'activité sont autant d'éléments qui montrent la difficulté de leur activité. Je rappelle d'ailleurs que la circulaire du 22 juillet 1997 exclut les personnels qui travaillent à l'accueil des urgences du champ des dispositions du décret du 5 février 1997 relatif à la nouvelle bonification indiciaire.

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue !

M. Jean-Pierre Sueur. Nous demandons donc – c'est le moins que l'on puisse faire – que le Gouvernement nous présente dans les six mois un rapport sur les conditions de travail des personnels des services des urgences.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission est défavorable à cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'avis est également défavorable, mais je voudrais rassurer M. Sueur : je me suis rendue aujourd'hui même au congrès des urgentistes, qui réunit des médecins et des paramédicaux, où j'ai fait un certain nombre d'annonces qui répondent justement aux difficultés qu'il a énoncées.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Sueur, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Sueur. Madame la ministre, il me semble que vous pourriez faire bénéficier le Parlement des annonces relatives à ce sujet d'une grande actualité.

Mme Laurence Cohen. Absolument !

M. Jean-Pierre Sueur. Dans nos départements, nous sommes tous interpellés sur les difficultés des personnels des services des urgences, dont les conditions de travail sont devenues, dans de nombreux cas, insupportables. Puisque vous renvoyez au néant cet amendement, cosigné par de nombreux sénateurs, la moindre des choses serait que vous nous fournissiez quelques éléments d'information.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le sénateur, je souhaitais simplement nous faire gagner un peu de temps...

M. Jean-Pierre Sueur. C'est quand même une question de fond !

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'ai annoncé des moyens supplémentaires destinés à lutter contre la vétusté des locaux et à soutenir les établissements en tension, un plan de modernisation des urgences, qui sera engagé par les ARS, des financements en cas de situation exceptionnelle de tension, une homogénéisation de la prime individuelle de risque pour le personnel paramédical, l'attribution d'une prime de coopération à ces mêmes personnels quand ils s'inscrivent dans des protocoles de coopération avec les médecins, de façon à permettre de dégager du temps médical et, enfin, le lancement d'une mission nationale confiée au Conseil national des urgences hospitalières et au député Thomas Mesnier. Cette mission devra permettre de construire une nouvelle stratégie d'ensemble d'évolution des services des urgences, afin de les préparer à répondre aux besoins du XXI^e siècle.

Telles sont, résumées, les annonces que j'ai faites ce matin devant les urgentistes.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 740 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 10 bis (Non modifié)

① Le III de l'article L. 6141-7-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Les établissements parties à la fusion conservent chacun une commission des usagers mentionnée à l'article L. 1112-3. »

M. le président. L'amendement n° 706, 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 Bérît-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 :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Cet amendement vise simplement à attirer l'attention de la ministre, mais aussi de tous ceux qui s'intéressent au fonctionnement des services hospitaliers, sur le fait que les commissions des usagers sont aujourd'hui loin d'être suffisamment connues et utilisées. Il faudrait faire un effort d'information pour qu'elles le soient davantage. Cela dit, j'ai conscience que cet amendement d'appel ne relève pas vraiment du niveau législatif et je le retire !

M. le président. L'amendement n° 706 est retiré.

Je mets aux voix l'article 10 *bis*.

(L'article 10 *bis* est adopté.)

Article 10 *ter* (Supprimé)

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

L'amendement n° 279, présenté par Mmes Cohen, Apurcaeu-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

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

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Nous proposons de rétablir l'article 10 *ter*, qui avait été introduit par l'Assemblée nationale, en en modifiant la rédaction afin de créer, au sein des conseils de surveillance des groupements hospitaliers de territoire, un collège composé de parlementaires ayant voix délibérative.

Lors des débats à l'Assemblée nationale, le flou qui entoure les décisions des groupements hospitaliers de territoire a été relevé. Madame la ministre, vous n'avez pas su donner une réponse claire, renvoyant encore la résolution de ce problème à une ordonnance.

Eu égard au pouvoir grandissant des GHT sur l'offre de soins dans les territoires, il nous semble indispensable d'attribuer aux élus locaux un rôle participatif dans la prise de décisions par ces groupements. Aujourd'hui, leurs représentants qui siègent au sein du comité territorial des élus locaux n'ont qu'une voix consultative ; ils ne prennent donc pas part aux décisions de manière effective. Or les élus ont une connaissance de la situation sanitaire et sociale de leur territoire qui mérite d'être reconnue et prise en compte dans les décisions des GHT. C'est vers eux que les citoyens se tournent en premier lieu lorsqu'une maternité, un service ou un hôpital de proximité ferme ses portes. Ce sont eux aussi qui constatent le désarroi des personnels de santé, qui ne sont plus à même d'exercer convenablement et dignement leur mission de service public. Ce sont également les élus

locaux qui se démènent pour trouver des solutions et des financements afin de répondre à l'urgence sanitaire. Aussi les élus ont-ils toute leur place au sein des conseils de surveillance des GHT.

M. le président. L'amendement n° 632 rectifié n'est pas soutenu.

L'amendement n° 467, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement est presque identique à celui qui vient d'être soutenu, mais sa rédaction me semble plus précise. Je propose donc à Mme Gréaume de retirer son amendement au profit de celui du Gouvernement.

Mme Michelle Gréaume. Je retire l'amendement n° 279, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 279 est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 467 ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 279 posait un problème de rédaction : la circonscription d'un sénateur, c'est le département.

Mme Laurence Cohen. D'où son retrait !

M. Alain Milon, rapporteur. La suppression progressive, par le gouvernement précédent, de la possibilité de cumuler des mandats a rendu les parlementaires « hors-sol ». L'amendement n° 467 vise en quelque sorte à les ramener au sol en les intégrant aux conseils de surveillance des GHT...

Le Gouvernement prévoit que le Sénat désigne le sénateur qui siègera au conseil de surveillance : comment la parité politique sera-t-elle ? C'est une difficulté, sachant que c'est bien sûr le président du Sénat qui procédera à la désignation.

Pour cette raison, la commission a émis un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 467.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 10 *ter* demeure supprimé.

Article 10 *quater* (nouveau)

① L'article L. 6143-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Au seizième alinéa, les mots : « et peut se faire » sont remplacés par les mots : « se fait » ;

③ 2° Le seizième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents stratégiques et financiers préparatoires et décisionnels nécessaires à l'accomplissement des missions du conseil. » ;

- ④ 3° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'agence régionale de santé et l'établissement ainsi que de ses modifications. »

M. le président. L'amendement n° 804, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Supprimer le mot :

et

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, monsieur le président.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 804.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 10 *quater*, modifié.

(L'article 10 quater est adopté.)

Article 10 *quinquies* (nouveau)

- ① Après le 8° de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

- ② « 9° Les orientations stratégiques et financières pluriannuelles et leurs modifications. »

M. le président. L'amendement n° 473, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'article 10 *quinquies*, qui a été introduit par la commission des affaires sociales du Sénat, donne compétence au conseil de surveillance de l'hôpital pour délibérer sur les orientations stratégiques et financières pluriannuelles de l'établissement.

Cette disposition me semble remettre en cause les équilibres qui régissent la gouvernance des hôpitaux publics depuis plusieurs années et garantissent leur bon fonctionnement. La loi HPST de 2009 a transformé les conseils d'administration des établissements publics en conseils de surveillance, repositionnant ainsi le rôle de cette instance.

La responsabilité de la gestion financière de l'établissement et de la politique d'investissement a été clairement confiée au directeur dans le cadre du directoire. Parallèlement, le conseil de surveillance dispose de prérogatives importantes : il se prononce sur la stratégie et, à ce titre, délibère sur le projet d'établissement.

Le code de la santé publique prévoit d'ores et déjà que le conseil de surveillance est informé de l'EPRD, l'état des prévisions de recettes et de dépenses, et du programme d'investissement et qu'il délibère sur les résultats financiers dans le cadre de son rôle de contrôle *a posteriori*. Le conseil de surveillance dispose également d'un pouvoir d'information générale.

Dans ce cadre, il ne me semble pas opportun de lui octroyer un pouvoir de délibération sur les champs propres du directoire, ce qui serait de nature à remettre en cause les équilibres entre les instances des établissements de santé.

Pour autant, je suis d'accord avec vous sur le fait qu'il est nécessaire que le conseil de surveillance soit mis en situation d'exercer pleinement ses compétences et je trouve bienvenue, à ce titre, la disposition insérée dans le projet de loi par votre commission et devenue l'article 10 *quater*, qui prévoit que le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents stratégiques et financiers préparatoires et décisionnels nécessaires à l'accomplissement des missions du conseil.

Nous devons tous œuvrer pour que le conseil de surveillance soit respecté dans l'exercice de ses compétences.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 10 *quinquies* a été introduit par la commission des affaires sociales sur l'initiative de Bernard Jomier et des membres de son groupe. Il prévoit simplement une délibération du conseil de surveillance sur les orientations stratégiques et financières, suivant ainsi une préconisation de la mission Fourcade sur la gouvernance hospitalière. Je rappelle que cette mission avait été chargée de faire le point sur l'application de la loi HPST.

Cette disposition n'est pas apparue à la commission comme étant incompatible avec la responsabilité clairement confiée au directeur en matière de gestion financière et de politique d'investissement.

La commission souhaite donc le maintien de cet article et a, en conséquence, émis un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 473.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 721 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 :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Cet amendement vise à renforcer les prérogatives du conseil de surveillance, en prévoyant que celui-ci soit informé des projets de coopération territoriale, en particulier ceux à caractère stratégique mis en œuvre par l'établissement avec d'autres organismes ayant une activité dans le domaine de la santé, notamment des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Cette proposition est en accord avec les nouveaux objectifs du plan Santé 2022

visant à renforcer la coordination territoriale au service des patients. J'ajoute que cet amendement ne modifie absolument pas les compétences du directoire en la matière.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La demande qui est formulée au travers de cet amendement nous paraît satisfaite par la définition actuelle des attributions du conseil de surveillance, qui délibère sur le projet d'établissement, dans lequel devraient notamment être mentionnés les projets de coopération structurants. La commission sollicite donc le retrait de cet amendement ; sinon, l'avis sera défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable, monsieur le président.

M. le président. Monsieur Jomier, l'amendement n° 721 rectifié est-il maintenu ?

M. Bernard Jomier. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 721 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 10 *quinquies*.

(L'article 10 *quinquies* est adopté.)

Article additionnel après l'article 10 *quinquies*

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

Après l'article 10 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Jean-François Longeot.

M. Jean-François Longeot. Les conseils de surveillance des établissements hospitaliers créés par la loi HPST du 21 juillet 2009 sont dépourvus de tout pouvoir d'action. Confirmation en était donnée par le rapporteur du Sénat, qui écrivait à l'époque, au sujet de l'article 5 du projet de loi : « On peut douter que, telles que les définit le projet de loi, les compétences du conseil de surveillance lui permettent, de façon satisfaisante, d'influencer la stratégie de l'établissement ou de contrôler sa gestion. »

Au travers de cet amendement, il est proposé de redonner du pouvoir aux élus, qui doivent être en mesure de délibérer sur les décisions qui engagent l'avenir et l'organisation de l'établissement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Dans son esprit, cet amendement s'inscrit, comme les articles 10 *quater* et 10 *quinquies* introduits par la commission, dans la logique d'un renforcement des prérogatives des conseils de surveillance des établissements publics de santé. Sa portée demeure toutefois limitée, puisqu'il remplace un avis du conseil de surveillance

par une délibération, portant néanmoins sur des sujets stratégiques. La commission a décidé de s'en remettre à la sagesse du Sénat.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous proposez, monsieur Longeot, de substituer au pouvoir consultatif du conseil de surveillance un pouvoir de délibération sur les matières suivantes : la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les acquisitions et aliénations de biens immobiliers, la participation à un GHT, le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance dispose d'ores et déjà d'un pouvoir de délibération sur les enjeux hautement stratégiques. Je pense par exemple aux délibérations sur le projet d'établissement, sur le projet de fusion ou sur le compte financier.

En parallèle, il dispose de prérogatives importantes en matière de suivi et de contrôle. À tout moment, le conseil de surveillance peut opérer des vérifications et des contrôles qu'il juge opportuns. Il peut se faire communiquer des documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

En outre, je souhaite rappeler que l'article 10 *quater* du projet de loi adopté par votre commission des affaires sociales complète déjà les compétences du conseil de surveillance en prévoyant que « le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents stratégiques et financiers préparatoires et décisionnels nécessaires à l'accomplissement des missions du conseil ».

Plus fondamentalement, la loi HPST avait établi des équilibres. Aujourd'hui, il y a des responsabilités partagées. Le directeur, en concertation avec le directoire, s'occupe de la gestion financière, du règlement intérieur, et la commission médicale d'établissement de la politique d'amélioration de la qualité des soins. À ce titre, le conseil de surveillance émet des avis sur certaines de ces compétences, et non pas une délibération. Dans ce cadre, il ne me semble pas opportun de lui octroyer un pouvoir de délibération élargi, qui remettrait en cause tous les équilibres entre les instances.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 156 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

TITRE III

DÉVELOPPER L'AMBITION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Chapitre I^{er}

INNOVER EN VALORISANT LES DONNÉES CLINIQUES

Article 11

- ① I. – (*Non modifié*) L'article L. 1460-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase, les mots : « recueillies à titre obligatoire et » sont supprimés ;
- ④ b) À la même première phrase, après le mot : « territoriales », sont insérés les mots : « , aux professionnels de santé » ;

- 5) c) À ladite première phrase, les mots : « à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation » sont supprimés ;
- 6) d) Au début de la deuxième phrase, les mots : « Les traitements réalisés à cette fin » sont remplacés par les mots : « Ces traitements » ;
- 7) e) Au début de la dernière phrase, les mots : « Sauf disposition législative contraire, » sont supprimés ;
- 8) 2° Au second alinéa, les mots : « des recherches, des études ou des évaluations à des fins de santé publique » sont remplacés par les mots : « des traitements de données concernant la santé ».
- 9) II. – L'article L. 1461-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 10) 1° Le I est complété par des 6° à 10° ainsi rédigés :
- 11) « 6° Les données destinées aux professionnels et organismes de santé recueillies à l'occasion des activités mentionnées au I de l'article L. 1111-8 du présent code donnant lieu à la prise en charge des frais de santé en matière de maladie ou de maternité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale et à la prise en charge des prestations mentionnées à l'article L. 431-1 du même code en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;
- 12) « 6° bis Les données relatives à la perte d'autonomie, évaluée à l'aide de la grille mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ;
- 13) « 7° Les données à caractère personnel des enquêtes dans le domaine de la santé, lorsque ces données sont appariées avec des données mentionnées aux 1° à 6° du présent I ;
- 14) « 8° Les données recueillies lors des visites médicales et de dépistage obligatoires prévues à l'article L. 541-1 du code de l'éducation ;
- 15) « 9° Les données recueillies par les services de protection maternelle et infantile dans le cadre de leurs missions définies à l'article L. 2111-1 du présent code ;
- 16) « 10° Les données de santé recueillies lors des visites d'information et de prévention, telles que définies à l'article L. 4624-1 du code du travail. » ;
- 17) 2° Le premier alinéa du II est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- 18) « II. – Le système national des données de santé est mis en œuvre dans le cadre d'orientations générales définies par l'État, en concertation avec les organismes responsables des systèmes d'information et des données mentionnés au I.
- 19) « Les responsables ou les catégories de responsables des traitements du système national des données de santé et leurs rôles respectifs sont définis par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Les responsables de ces traitements sont nominativement désignés par arrêté. » ;
- 20) 3° Au 4° du IV, la mention : « l'article 79 » est remplacée par la mention : « l'article 78 ».
- 21) III. – L'article L. 1461-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 22) 1° Le I est ainsi modifié :
- 23) a) Au 1°, les mots : « à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation » sont supprimés ;
- 24) b) Au quatrième alinéa, les mots : « de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation » sont remplacés par les mots : « des traitements » ;
- 25) 2° Le II est ainsi modifié :
- 26) a) Au premier alinéa, les mots : « à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation » sont remplacés par les mots : « de données concernant la santé » et les mots : « à la sous-section 2 de la section 3 du chapitre III du titre II » sont remplacés par les mots : « les procédures définies à la section 3 du chapitre III du titre II » ;
- 27) b) Au a du 2°, les mots : « de la recherche » sont remplacés par les mots : « de la mise en œuvre du traitement » ;
- 28) c) Le b du 2° est ainsi modifié :
- 29) – les mots : « de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation » sont remplacés par les mots : « du traitement » ;
- 30) – après le mot : « méthode », sont insérés les mots : « et, pour les traitements mentionnés à la sous-section 2 de la section 3 du chapitre III du titre II de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée ».
- 31) IV. – (*Non modifié*) L'article L. 1461-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 32) 1° Au début du premier alinéa, la mention : « I. – » est supprimée ;
- 33) 2° Les II et III sont abrogés.
- 34) V. – (*Non modifié*) Au 1° de l'article L. 1461-5 du code de la santé publique, les mots : « recherches, les études ou les évaluations demandées » sont remplacés par les mots : « traitements de données concernant la santé demandés ».
- 35) VI. – L'article L. 1461-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 36) 1° Au début, les mots : « Pour les finalités de recherche, d'étude ou d'évaluation » sont remplacés par les mots : « Pour les traitements mentionnés aux articles 65 et 72 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés » ;
- 37) 2° La référence : « 5° » est remplacée par la référence : « 10° ».
- 38) VII. – L'article L. 1461-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 39) 1° Le 5° est abrogé ;
- 40) 2° Le 6° devient le 5° ;
- 41) 3° Il est rétabli un 6° ainsi rédigé :
- 42) « 6° Définit les catégories de responsables des traitements du système national des données de santé et les responsables de traitement et fixe leurs rôles respectifs ; »
- 43) 4° Il est ajouté un 7° ainsi rédigé :
- 44) « 7° Précise les modalités d'application du 6° du I de l'article L. 1461-1. »
- 45) VIII. – Le chapitre II du titre VI du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 46) 1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Plateforme des données de santé » ;
- 47) 2° L'article L. 1462-1 est ainsi rédigé :

- 48 « Art. L. 1462-1. – Un groupement d'intérêt public, dénommé "Plateforme des données de santé", est constitué entre l'État, des organismes assurant une représentation des malades et des usagers du système de santé, des producteurs de données de santé et des utilisateurs publics et privés de données de santé, y compris des organismes de recherche en santé.
- 49 « Il est notamment chargé :
- 50 « 1° De réunir, organiser et mettre à disposition les données du système national des données de santé mentionné à l'article L. 1461-1 et de promouvoir l'innovation dans l'utilisation des données de santé ;
- 51 « 1° bis D'informer les patients, de promouvoir et de faciliter leurs droits, en particulier concernant les droits d'opposition dans le cadre du 1° du I de l'article L. 1461-3 ;
- 52 « 2° D'assurer le secrétariat unique mentionné à l'article 76 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- 53 « 3° D'assurer le secrétariat du comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé ;
- 54 « 4° De contribuer à l'élaboration, par la Commission nationale de l'informatique et des libertés, de référentiels et de méthodologies de référence au sens du b du 2° du I de l'article 8 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée. Il facilite la mise à disposition de jeux de données de santé présentant un faible risque d'impact sur la vie privée, dans les conditions prévues au II de l'article 66 de la même loi ;
- 55 « 5° De procéder, pour le compte d'un tiers et à la demande de ce dernier, à des opérations nécessaires à la réalisation d'un traitement de données issues du système national des données de santé pour lequel ce tiers a obtenu une autorisation dans les conditions définies à l'article L. 1461-3 du présent code ;
- 56 « 6° De contribuer à diffuser les normes de standardisation pour l'échange et l'exploitation des données de santé, en tenant compte des standards européens et internationaux ;
- 57 « 7° D'accompagner, notamment financièrement, les porteurs de projets sélectionnés dans le cadre d'appels à projets lancés à son initiative et les producteurs de données associés aux projets retenus.
- 58 « Il publie chaque année un rapport transmis au Parlement. » ;
- 59 3° Il est ajouté un article L. 1462-2 ainsi rédigé :
- 60 « Art. L. 1462-2. – I. – Le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1462-1 peut recruter des personnels dont les contrats relèvent du droit privé. Il peut également employer des agents titulaires des trois fonctions publiques en position de détachement ou de mise à disposition et employer ou recruter des agents non titulaires de droit public sous contrats à durée déterminée ou indéterminée.
- 61 « II. – Le groupement d'intérêt public est soumis en matière de gestion financière et comptable aux règles applicables aux entreprises industrielles et commerciales. Par dérogation à ces règles, il peut déposer des fonds au Trésor public. Il peut percevoir des recettes correspondant à des prestations facturées à des tiers en application du 5° de l'article L. 1462-1.
- 62 « Le groupement d'intérêt public n'est pas soumis à l'article 64 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008.
- 63 « Le groupement d'intérêt public est soumis au contrôle économique et financier de l'État dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État et adaptées à ses missions et conditions de fonctionnement. »
- 64 IX. – (*Non modifié*) Le groupement d'intérêt public « Institut national des données de santé », mentionné à l'article L. 1462-1 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi, devient le groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé », mentionné au même article L. 1462-1 dans sa rédaction résultant de la présente loi, à la date d'approbation de la convention constitutive de celui-ci. À cette date, l'ensemble des biens, personnels, droits et obligations de l'Institut national des données de santé sont transférés de plein droit à la Plateforme des données de santé.
- 65 X. – (*Non modifié*) Au 3° de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales, les mots : « recherches, les études ou les évaluations dans le domaine de » sont remplacés par les mots : « traitements de données concernant ».
- 66 XI. – La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés est ainsi modifiée :
- 67 1° Le dernier alinéa de l'article 30 est complété par les mots : « ou servant à constituer des bases de données à des fins ultérieures de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé » ;
- 68 1° bis L'article 65 est complété par un 6° ainsi rédigé :
- 69 « 6° Les traitements mis en œuvre par l'État aux fins de conception, de suivi ou d'évaluation des politiques publiques dans le domaine de la santé ainsi que ceux réalisés aux fins de collecte, d'exploitation et de diffusion des statistiques dans ce domaine. » ;
- 70 2° L'article 66 est ainsi modifié :
- 71 a) Au premier alinéa du II, les mots : « l'Institut national des données de santé mentionné » sont remplacés par les mots : « la Plateforme des données de santé mentionnée » ;
- 72 b) À la seconde phrase du premier alinéa du V, les mots : « l'Institut national des données de santé » sont remplacés par les mots : « le comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé » ;
- 73 3° Au début du second alinéa de l'article 72, les mots : « L'Institut national des données de santé mentionné à l'article L. 1462-1 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « Le comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé » ;
- 74 4° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article 73, les mots : « l'Institut national des données de santé mentionné » sont remplacés par les mots : « la Plateforme des données de santé mentionnée » ;

- 75 5° L'article 76 est ainsi modifié :
- 76 a) Le 2° est ainsi rédigé :
- 77 « 2° Du comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé, pour les demandes d'autorisation relatives à des études ou à des évaluations ainsi qu'à des recherches n'impliquant pas la personne humaine, au sens du 1° du présent article.
- 78 « Ce comité est composé de manière à garantir son indépendance et la diversité des compétences dans le domaine des traitements concernant la santé et à l'égard des questions scientifiques, éthiques, sociales et juridiques. Il est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes. Il comporte, en son sein, des représentants d'associations de malades ou d'usagers du système de santé agréées désignés au titre des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.
- 79 « Les membres du comité, les personnes appelées à collaborer à ses travaux et les agents relevant du statut général des fonctionnaires ou du statut général des militaires qui en sont dépositaires sont tenus, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal, de garder secrètes les informations dont ils peuvent avoir connaissance à raison de leurs fonctions et qui sont relatives à la nature des recherches, études ou évaluations, aux personnes qui les organisent ou aux produits, objets ou méthodes faisant l'objet de la recherche.
- 80 « Ne peuvent valablement participer à une délibération les personnes qui ne sont pas indépendantes du promoteur et de l'investigateur de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation examinée.
- 81 « Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe la composition du comité éthique et scientifique et définit ses règles de fonctionnement. Les membres du comité sont soumis à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique. » ;
- 82 b) Au dernier alinéa, les mots : « l'Institut national » sont remplacés par les mots : « la Plateforme » ;
- 83 6° L'article 77 est ainsi modifié :
- 84 a) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « de la Caisse nationale d'assurance maladie responsable du traitement » sont remplacés par les mots : « des responsables des traitements » et les mots : « l'Institut national » sont remplacés par les mots : « la Plateforme » ;
- 85 b) Au sixième alinéa, les mots : « le responsable du traitement mentionné » sont remplacés par les mots : « les responsables des traitements mentionnés » ;
- 86 c) Au neuvième alinéa, les mots : « le responsable du traitement mentionné » sont remplacés par les mots : « les responsables des traitements mentionnés » ;
- 87 d) À la première phrase du dixième alinéa, les mots : « le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie peut » sont remplacés par les mots : « les responsables des traitements mentionnés au II de l'article L. 1461-1 du code de la santé publique peuvent » et les mots : « s'il dispose » sont remplacés

par les mots : « s'ils disposent » et, au début de la deuxième phrase du même dixième alinéa, les mots : « Il doit » sont remplacés par les mots : « Ils doivent ».

- 88 XII. – (*Non modifié*) Le présent article entre en vigueur, sous réserve des dispositions du XIII, le lendemain de la date d'entrée en vigueur des dispositions de l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 prise en application de l'article 32 de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et portant modification de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et diverses dispositions concernant la protection des données à caractère personnel.
- 89 XIII. – (*Non modifié*) Le a du 2°, le 4°, le b du 5° et le a du 6° du XI entrent en vigueur à la date d'approbation de la convention constitutive de la Plateforme des données de santé, et au plus tard le 31 décembre 2019.
- 90 XIV. – (*Non modifié*) Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2019, un rapport sur le groupement mentionné à l'article L. 1462-1 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi. Le rapport s'attache à déterminer dans quelle mesure la structure et la gouvernance de ce groupement sont de nature à garantir aux utilisateurs d'exploiter les données de santé de manière plus efficace.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, alors que nous abordons l'examen du titre III du projet de loi, relatif aux enjeux numériques liés aux données de santé, je souhaiterais clarifier quelques éléments généraux sur un sujet éminemment technique.

La commission a modifié et complété cette partie du texte afin de permettre à notre système de santé de prendre pleinement le virage du numérique. À cet égard, je tiens à saluer votre engagement et votre détermination, madame la ministre : la feuille de route que vous avez tracée, à la fin du mois d'avril, pour accompagner la transformation numérique de notre système de santé témoigne d'une solide ambition. Elle permettra d'engager l'ensemble des acteurs du secteur, professionnels, établissements, assurance maladie et éditeurs de logiciels, dans une nouvelle dynamique.

Je souhaite d'emblée indiquer que, à mon sens, l'article 11, portant sur la réforme du système national des données de santé, le SNDS, et sur la création d'une plateforme des données de santé, la PDS, ne présente pas les risques que certains de nos collègues députés ont cru identifier.

D'abord, il élargit le périmètre des données versées au SNDS, ce qui, au vu des enjeux de santé publique, ne peut qu'emporter notre adhésion. Nous avons, à ce titre, contribué en commission à y ajouter le GIR comme donnée de santé essentielle.

Le dispositif de l'article 11 prévoit certes la possibilité d'intégrer des personnes de droit privé au comité éthique de la nouvelle plateforme des données de santé, qui examinera le caractère d'intérêt public des demandes d'accès. Néanmoins, l'arsenal législatif de la loi Informatique et libertés, auquel le texte ne manque pas de se référer, reste parfaitement opérant, et les garanties qu'il apporte, renforcées

par l'Assemblée nationale, continueront d'assurer l'indépendance de cette instance, ainsi que la régulation des accès aux données.

Deux questions auxquelles nous n'avons pas, à ce jour, obtenu de réponses restent cependant en suspens, madame la ministre.

D'une part, l'éclatement de la gestion du SNDS, qui passe de la CNAM gestionnaire unique à plusieurs responsables de traitement désignés par décret, pose la question du transfert de la compétence jusqu'ici exercée par la seule CNAM.

D'autre part, bien qu'elle n'expose pas les données de santé à des risques d'exploitation, je m'interroge sur la suppression de la « finalité d'étude, de recherche et d'évaluation », qui semble ouvrir la voie à d'autres formes de traitement, dont on identifie encore mal la portée.

Cela étant, l'article 11 me semble aller dans le sens d'une meilleure qualité de nos plateformes de données de santé. Je n'ai pas besoin de rappeler quels enjeux cruciaux elles représentent pour l'avenir.

M. le président. La parole est à M. Dominique Théophile, sur l'article.

M. Dominique Théophile. L'article 11 du projet de loi transfère les principales missions de l'Institut national des données de santé, l'INDS, au GIP qui sera financé par un budget annuel de 40 millions d'euros, abondé pour moitié par l'État, à hauteur de 80 millions d'euros sur quatre ans.

Le Health Data Hub, projet de plateforme publique des données de santé, remplacera l'INDS et fonctionnera comme un guichet unique, sécurisé, pour les centres de recherche, les hôpitaux, les start-up, les laboratoires. Il rassemblera des données médico-administratives, issues notamment de l'assurance maladie, *via* la carte Vitale, mais aussi des données cliniques venant d'hôpitaux ou de centres de radiologie. D'autres systèmes de données de santé publics pourront également s'adosser au Health Data Hub.

En conséquence, nous allons créer un écosystème qui modernisera l'exploitation des données de santé et fera de la France un leader dans ce domaine. Il élève notre pays au rang des nations avancées en matière de recherche médicale et de numérisation de la santé.

Se pose la question de la confidentialité des données, que j'ai déjà évoquée, et celle de l'optimisation des données pour des territoires, comme ceux de l'outre-mer, dont les populations sont exposées à des maladies tropicales et exclusives. Je fais ici référence aux maladies véhiculées par les moustiques, telles que le zika, la dengue ou le chikungunya, qui ont fortement touché La Réunion et les Antilles françaises. À ce sujet, je tiens d'ailleurs à saluer l'équipe de chercheurs de l'Institut Pasteur à Paris, qui, en collaboration avec l'Institut Pasteur de Guadeloupe, le centre hospitalier universitaire de Guadeloupe, le centre hospitalier universitaire de Martinique, l'Institut du cerveau et de la moelle épinière, l'Inserm et le CNRS, a mené une vaste étude d'observation de la population lors de l'épidémie de 2016 aux Antilles françaises. Pour ce faire, des neurologues, des neurobiologistes et des infectiologues se sont associés pour étudier le cas des malades du zika.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'article 11 du projet de loi vise à démultiplier les usages des données de santé en mobilisant les techniques à l'état de l'art de l'intelligence artificielle, tout en préservant un haut niveau de protection de la vie privée.

La France pourra ainsi devenir un leader mondial dans ce domaine et, surtout, faire bénéficier les Français des avancées de la médecine rendues possibles grâce à l'intelligence artificielle. Pour cela, le présent article étend le périmètre du SNDS et crée la plateforme des données de santé, ou le « *Health Data Hub* », en bon anglais.

L'élargissement du SNDS aux données cliniques recueillies par les établissements ou par les professionnels, aux données des services de PMI, aux données de médecine scolaire, transforme profondément ce système. Ces données ne seront plus rassemblées dans une base unique. Certaines seront appariées au SNDS historique de manière automatisée, et d'autres ne le seront que de façon ponctuelle, pour répondre aux besoins de projets précis.

Cette configuration permet d'allier l'agilité et la sécurité nécessaires à nos ambitions. Elle n'est toutefois pas compatible avec l'existence d'un responsable de traitement unique, seul chargé de mettre à disposition les données du SNDS ainsi élargi. La CNAM conservera donc ses compétences sur le SNDS historique et le PDS, comme ses missions le prévoient. Elle sera un acteur majeur pour l'exploitation des nouvelles données du SNDS ou pour les utilisations les plus innovantes nécessitant des capacités de calcul renforcées, par exemple, ou le recours à des technologies de pointe.

De plus, ce projet élargit les possibilités d'accès aux données du SNDS à l'ensemble des traitements d'intérêt public. L'exigence d'une finalité précise de recherche, d'étude ou d'évaluation est supprimée, ce qui, je l'entends, suscite des inquiétudes. Toutefois, cette exigence constitue à l'heure actuelle un frein pour certains travaux, sans apporter de garanties supplémentaires par rapport aux finalités limitées du SNDS, décrites par ailleurs dans la loi. Cette disposition empêche ainsi de constituer des bases de données pérennes entre les données du SNDS et des données sociales ou des données environnementales, ce qui oblige chaque équipe de recherche à créer de telles bases au cas par cas. Au-delà de la perte de ressources liée à l'absence de mutualisation, cette interdiction conduit à la multiplication de sous-bases, et donc à la dissémination de données.

Aussi ai-je souhaité supprimer la « finalité d'étude, de recherche ou d'évaluation », mais j'ai ajouté d'autres garanties dans le texte, notamment en supprimant le dispositif de correspondance permettant la réidentification des personnes à partir des données du SNDS.

Enfin, comme vous l'avez souligné, monsieur le rapporteur, les garanties apportées par le règlement général sur la protection des données, le RGPD, et la loi Informatique et libertés s'appliquent en totalité.

Cet article instaure un équilibre entre les usages innovants et efficaces des données de santé en vue d'améliorer nos connaissances et, à terme, la qualité des soins et la protection de la vie privée. Cet équilibre a d'ailleurs été salué par le Conseil d'État, qui a considéré que « le projet de loi ne méconnaît aucune exigence de valeur constitutionnelle ou conventionnelle, dès lors que le SNDS apporte des garanties suffisantes pour l'utilisation des données auxquelles il donne accès ».

J'espère avoir ainsi avoir répondu à certaines interrogations.

M. le président. L'amendement n° 322, 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 11 crée une plateforme des données de santé, qui se substitue à l'Institut national des données de santé, tout en élargissant ses missions. Elle aura notamment pour rôle de réunir, d'organiser et de mettre à disposition les données du système national des données de santé.

Ce nouveau dispositif est censé restructurer une base de données de 1,2 milliard de feuilles de soins et d'à peu près 500 millions d'actes médicaux, dispersés entre les hôpitaux, les cliniques et autres laboratoires de biologie médicale.

Pour notre part, nous sommes évidemment favorables à ce que ces données soient mises à la disposition de la recherche publique.

Notre crainte principale est qu'apparaisse un nouveau marché des données de santé, qui pourrait profiter essentiellement aux grandes multinationales du numérique, moyennant la monétisation de ces données. Nous craignons que cette base de données publique, financée par l'État, soit gratuitement mise à la disposition des géants du numérique, d'autant que nous avons appris que Microsoft était déjà candidat pour héberger les données des patients, tout comme Thales et Atos. Nous craignons aussi qu'une base unique de données de santé fasse l'objet d'attaques de la cybercriminalité. Ainsi, aux États-Unis, plusieurs millions de dossiers de santé ont été piratés entre 2010 et 2017.

Les cybercriminels s'intéressent davantage à notre carte Vitale qu'à notre carte bancaire. Quoique... (*Sourires.*) Toutes les informations concernant la santé peuvent les intéresser : le nombre d'hospitalisations, les traitements prescrits, la nature des pathologies, surtout quand les données récupérées concernent l'ensemble de la patientèle d'un hôpital sur plusieurs années.

Les risques en matière de protection des données des patients sont trop importants. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Mon propos liminaire est largement suffisant. L'avis est 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° 322.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

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

Au début de cet article

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Viviane Malet.

Mme Viviane Malet. La rédaction actuelle du code de la santé publique contraint les collectivités territoriales à obtenir une certification pour l'hébergement de données de santé lorsque cet hébergement est le fruit d'une convention constitutive, comme c'est le cas pour les conseils départementaux, qui hébergent les données des maisons départementales des personnes handicapées, les MDPH, ou d'un transfert décidé par délibération, comme c'est le cas pour les communes, qui hébergent les données des centres communaux d'action sociale, les CCAS.

Cette obligation contrevient manifestement à l'esprit de la loi Touraine de janvier 2016, qui entendait circonscrire l'obligation de certification aux personnes morales de droit privé hébergeant pour le compte de tiers, les textes réglementaires d'application allant même jusqu'à définir une relation contractuelle entre l'hébergeur et son client.

De même, elle expose potentiellement ces collectivités à des sanctions pénales, alors même que l'hébergement des données de santé à caractère personnel correspond à leur mission de service public. C'est pourquoi il est proposé de les exclure du champ de l'obligation de certification.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement apporte une clarification, que la commission a jugée bienvenue, entre le droit issu de la loi Touraine en matière d'hébergement des données de santé et la déclinaison réglementaire qui en a été faite.

Il est en effet prévu, au titre de cette loi, que tout hébergeur de données de santé pour le compte de tiers doit recevoir une habilitation préalable. En application stricte, cette disposition devrait donc s'appliquer aux collectivités territoriales, essentiellement les conseils départementaux et les communes, qui hébergent des données de santé pour le compte de tiers, quand bien même elles en exercent la tutelle administrative et financière : c'est le cas des MDPH pour les conseils départementaux et des CCAS pour les communes.

Cette démarche, pouvant coûter jusqu'à 400 000 euros aux collectivités concernées, me semble superflue à deux titres.

D'abord, les dispositions légales qui régissent l'hébergement des données de santé par des personnes morales de droit public sont déjà précisées dans la loi Informatique et libertés.

Ensuite, l'intention du législateur à l'origine de cette habilitation était manifestement d'en limiter le champ aux cas où l'hébergement des données de santé était confié à des personnes morales de droit privé. Les dispositions réglementaires qui évoquent explicitement une relation de client à fournisseur sont, à cet égard, incontestables.

La commission est donc favorable à cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement pense que tout hébergeur de données de santé doit se soumettre à ces règles de sécurité. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 33 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 468, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement vise à clarifier les périmètres du SNDS en ce qui concerne les données relatives à la perte d'autonomie.

En effet, la commission des affaires sociales du Sénat a souhaité intégrer au SNDS les données de GIR, qui sont relatives au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Cet ajout ouvre des perspectives très pertinentes pour les études sur la dépendance. Toutefois, il ne s'agit pas de données de santé par nature. Les intégrer systématiquement au SNDS reviendrait à leur appliquer toutes les obligations pesant sur celui-ci, notamment le référentiel de sécurité, particulièrement lourd et contraignant. En conséquence, il convient de limiter l'intégration de ces données au SNDS à celles qui sont appariées à certaines autres données de ce dernier.

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

M. Alain Milon, rapporteur. C'est un avis très favorable !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 468.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 805, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 20

Remplacer la référence :

article 79

par la référence :

article 36

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. C'est un amendement purement rédactionnel.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 805.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 806, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 26

Après les mots et les signes :

et les mots : «

insérer les mots :

la procédure définie

II. – Alinéa 39

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. C'est là aussi un amendement rédactionnel.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 806.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 324, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 48

Après les mots :

constitué entre

insérer les mots :

l'Assurance maladie,

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Selon un article du *Monde* daté du 23 janvier 2019, on ne dispose d'aucune donnée pour 78 % de la population française.

Les fichiers de l'assurance maladie, alimentés par les cartes Vitale, ne contiennent pas le diagnostic, seulement le nom des médicaments à rembourser. Il est donc assez compliqué d'en déduire les pathologies soignées.

Néanmoins, si ce fichier est insuffisant en lui-même, il peut être croisé avec d'autres informations, comme celles provenant des hôpitaux ou des laboratoires d'analyses ou d'imagerie médicale, et ainsi constituer une source précieuse pour la recherche. Sans le fichier de l'assurance maladie, la future plateforme des données de santé ne sera pas vraiment alimentée.

Pour autant, qui est le propriétaire des informations détenues par l'assurance maladie ? Pas les usagers, l'État non plus : ce sont les assurés sociaux. Quand le Gouvernement prévoit de nationaliser le fichier des données de santé, c'est nous, en tant qu'assurés sociaux, qui sommes retirés du jeu, si je puis dire.

C'est pourquoi exclure l'assurance maladie du pilotage de la plateforme des données de santé, alors même que c'est elle qui assure la mission, essentielle, de collecte des données, nous paraît assez dangereux et déconnecté des réalités. Notre amendement vise à corriger cette erreur.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement pose plusieurs problèmes, madame Cohen.

En désignant généralement l'assurance maladie, on ne sait s'il prévoit la participation de la CNAM ou du réseau des CPAM. Plus spécifiquement, il convient de bien distinguer la mission, certes essentielle, qu'assurait jusqu'alors la CNAM comme gestionnaire unique des données de santé du SNDS et la mission de l'Institut national des

données de santé, auquel se substitue la PDS, qui a pour tâche de se prononcer sur l'opportunité d'une demande de traitement de ces données de santé.

La CNAM, contrairement à ce qu'affirment les auteurs de l'amendement, n'assure pas la collecte des données de santé ; elle gère l'entrepôt national alimenté par ses divers contributeurs. Ce monopole de gestion est d'ailleurs abrogé par le présent projet de loi.

Cette mission, essentiellement gestionnaire, ne confère pas en soi la qualité à l'organe gestionnaire pour se prononcer sur l'opportunité d'une demande de traitement. Elle pourrait même mettre la CNAM dans une situation de juge et partie, dans le cas où cette dernière se trouve à l'origine d'une demande de traitement.

Si cet amendement n'est pas retiré, l'avis sera défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est défavorable, mais je voudrais rassurer Mme Cohen : le groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé » dispose d'une gouvernance très large et représentative, constituée de l'État, des organismes assurant une représentation des patients et des usagers du système de santé, des producteurs de données de santé – je pense par exemple aux hôpitaux publics ou aux équipes de recherche du CNRS –, des utilisateurs publics et privés de données de santé, y compris des organismes de recherche en santé. La CNAM étant un producteur de données de santé, elle est déjà présente dans la gouvernance du groupement d'intérêt public tel qu'il est défini.

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

Mme Laurence Cohen. Compte tenu des explications qui viennent de nous être fournies, nous allons retirer notre amendement, qui exprimait une inquiétude apparemment non fondée. En tous cas, il est mal ficelé !

M. le président. L'amendement n° 324 est retiré.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 219 rectifié *bis* est présenté par Mmes Berthet et Lassarade, MM. Meurant et Sol, Mmes Bonfanti-Dossat et Bruguère, M. B. Fournier, Mmes Garriaud-Maylam et Gruny, M. Mandelli, Mme Noël, M. Pellevar, Mme Puissat, MM. J.M. Boyer et Bonhomme, Mme Deroche, MM. Duplomb et Laménie, Mme Lamure et M. Sido.

L'amendement n° 649 rectifié est présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme N. Delattre, MM. Gabouty et Guérini, Mme Jouve et MM. Requier et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 48

Après les mots :

système de santé,

insérer les mots :

des représentants des professionnels de santé,

La parole est à Mme Martine Berthet, pour présenter l'amendement n° 219 rectifié *bis*.

Mme Martine Berthet. L'article 11 définit ainsi la composition du futur groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé » : l'État, les organismes assurant une représentation des malades et des usagers du système de santé, des producteurs de données de santé et des utilisateurs publics et privés de données de santé, y compris des organismes de recherche en santé.

Cet amendement a pour objet de prévoir que les professionnels de santé qui ont successivement été membres de l'Institut des données de santé puis de l'Institut national des données de santé soient membres de la future plateforme des données de santé.

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Requier, pour présenter l'amendement n° 649 rectifié.

M. Jean-Claude Requier. Les professionnels de santé sont les premiers producteurs de données de santé. Cependant, l'appellation « producteurs de données » n'est pas assez explicite et a un caractère technique qui masque l'essence même de ces acteurs.

La création du GIP « Plateforme des données de santé » traduit une belle ambition. Néanmoins, sa réussite sera largement dépendante des professionnels de santé. Il apparaît donc naturel de prévoir leur présence au sein du GIP dans la loi.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis favorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Tel que l'article est rédigé, le GIP intègre tous les producteurs de données. La rédaction est très large : elle vise l'État, les organismes assurant la représentation des malades et usagers du système de santé, les producteurs de données de santé, les utilisateurs publics et privés de données de santé, y compris des organismes de recherche.

À mon sens, plus on voudra détailler sa composition, plus on risquera d'oublier des acteurs. L'objectif est de s'assurer que l'État garde la main, que le dispositif est sécurisant pour tout le monde. Je crains qu'un excès de précision ne déclenche des guerres de représentation et un flux croissant de requêtes. Je suis donc défavorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Je n'avais pas vu les choses ainsi. Je me rallie à l'avis défavorable de Mme la ministre.

M. Jean-Claude Requier. Je retire l'amendement n° 649 rectifié, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 649 rectifié est retiré.

Madame Berthet, retirez-vous également l'amendement n° 219 rectifié *bis* ?

Mme Martine Berthet. Non, je le maintiens. Il est fait référence, à l'alinéa 48, à une « représentation des malades et des usagers du système de santé ». Les professionnels de santé peuvent-ils être considérés comme des usagers du système de santé ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ce sont des producteurs de données de santé !

Mme Martine Berthet. Soit. Je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 219 rectifié *bis* est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 280, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 48

Supprimer les mots :

et privés

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. C'est un amendement de repli, notre proposition de supprimer l'article 11 ayant été rejetée.

Nous proposons que, *a minima*, le groupement d'intérêt public dénommé « Plateforme des données de santé » ne comprenne pas d'utilisateurs privés de données de santé. S'il nous semble normal qu'il soit composé de représentants de l'État, des malades et des usagers ou d'utilisateurs publics, l'expression « utilisateurs privés » nous inquiète.

Nous vous demandons, madame la ministre, monsieur le rapporteur, de nous apporter quelques précisions sur ce que recouvre l'expression « utilisateurs privés ». Les données de santé sont par définition sensibles et nous craignons des dérives, mais peut-être s'agit-il d'une interprétation erronée de notre part.

Nous souhaitons en tout cas que, par prudence, l'on conserve une maîtrise publique de l'utilisation de ces données.

M. le président. L'amendement n° 323, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 48

Après le mot :

privés

insérer les mots :

à des fins non commerciales

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Cet amendement vise à sécuriser les données de santé de nos concitoyens en interdisant leur utilisation à des fins commerciales.

La collecte et le traitement des données personnelles et sensibles constituent un enjeu contemporain pour le législateur. Le texte qui nous est soumis aujourd'hui procède à une modification en profondeur de la récolte et du traitement des données du SNDS, dont le périmètre est élargi, et à la création d'une plateforme des données de santé, la PDS.

Bien que la commission ne juge pas risquée cette refonte d'ampleur, la multiplication des organismes collecteurs ou des entrepôts de données ne nous semble pas de nature à lever les craintes d'une mauvaise utilisation des données, voire d'une utilisation contraire à la déontologie.

Ainsi, le mensuel *Alternatives Économiques* soulignait, dans un dossier consacré à la santé en date du 7 novembre 2018, que « leur multiplication, leur dispersion entre les mains de nombreuses entreprises plus ou moins habituées à manipuler des données sensibles, induisent mécaniquement une augmentation des risques de fuite de données, par inadvertance – un sous-traitant technique peu exigeant – ou à la suite de manœuvres crapuleuses ».

Trop nombreux sont les acteurs privés, les sociétés d'assurances notamment, qui voient dans l'acquisition et l'utilisation de ces données de santé un marché très lucratif. L'article cité précédemment relève qu'« il se passe rarement plus de quelques jours sans qu'on ne découvre une faille de sécurité sur des logiciels clés ou, plus grave, qu'une fuite de données ne soit révélée ».

Nous vous alertons de nouveau sur le risque de voir ces données mises sur le marché, comme c'est déjà le cas pour d'autres données à caractère privé. Il s'agit de s'assurer que ces données, trop sensibles pour ne pas bénéficier d'une protection supérieure, soient utilisées exclusivement pour un motif d'intérêt public.

Mes chers collègues, la protection des patients et de leurs données personnelles ne fait pas l'objet d'un clivage politique entre nous. Aussi vous proposons-nous de garantir par voie législative ce droit fondamental.

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

M. Alain Milon, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 280, le maintien de la qualité de groupement d'intérêt public pour la plateforme des données de santé constitue, aux yeux de la commission, une garantie suffisante du primat de la puissance publique en matière d'accès aux données de santé. La commission est donc défavorable à cet amendement.

Quant à l'amendement n° 323, il va à l'encontre de la position de la commission, selon laquelle il n'est pas nécessaire d'isoler les demandeurs de traitements de données de santé à caractère commercial, étant donné le maintien de l'impératif de conformité à des référentiels et des méthodologies de référence établis par la CNIL, celui d'un critère nécessaire d'intérêt public pour toute demande de traitement, même à but commercial, et l'exclusion, déjà prévue par la loi, de finalités particulières visant à promouvoir des produits de santé ou à exclure des bénéficiaires de certains contrats d'assurance. Selon la commission, ces garanties présentées sont suffisantes. Elle 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° 280.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 323.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

Alinéa 48

Après le mot :

compris

insérer les mots :

les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel et

La parole est à M. Marc Laménie.

M. Marc Laménie. Cet amendement, dont l'initiative revient à notre collègue Piednoir, a pour objet d'associer les universités au groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé ». Il s'agit de positionner la France parmi les pays en pointe en termes de structuration des données de santé, tout en préservant un haut niveau de protection de la vie privée.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement me paraît déjà satisfait par la mention, à l'alinéa visé, des « organismes de recherche en santé ». La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle se verra contrainte d'émettre un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. L'amendement n° 399 rectifié est-il maintenu, monsieur Laménie ?

M. Marc Laménie. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 399 rectifié est retiré.

L'amendement n° 563, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 53, 72, 73 et 77

Remplacer le mot :

éthique

par les mots :

d'intérêt public

II. – Alinéa 78, première phrase

Supprimer le mot :

, éthiques

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Il est nécessaire de faire figurer la notion d'intérêt public dans le nom du comité chargé de formuler un avis sur les études et recherches dans le domaine de la santé lorsque ces recherches n'impliquent pas la personne humaine.

En effet, c'est le caractère d'intérêt public qui conditionne l'autorisation de la CNIL pour ces recherches. Ce critère est essentiel pour assurer la conformité des pratiques au RGPD. La mention de l'intérêt public rendrait le nom du comité plus cohérent avec l'objet de ses missions.

C'est pourquoi nous proposons de renommer le comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé « comité d'intérêt public et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé ».

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

M. Alain Milon, rapporteur. Mon cher collègue, il ne me paraît pas opportun de supprimer la mention du terme « éthique » pour l'examen des demandes de traitement de données qui n'ont pas trait à la personne humaine.

En effet, de nombreuses demandes de traitement adressées au SNDS prennent pour base des questionnaires identifiables remplis par des patients, que les gestionnaires des données de santé recoupent ensuite avec les données pseudonymisées du SNDS.

Pour garantir la sécurité de ces extractions particulières, qui ne concernent pas toutes la personne humaine, mais requièrent tout de même l'avis du Comité de protection des personnes, le CPP, il semble important de maintenir l'examen de la portée éthique de ces demandes.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle se verra contrainte d'émettre un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 563.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

I. – Alinéa 56

Après les mots :

contribuer à

insérer les mots :

définir et

et après les mots :

standardisation pour

insérer les mots :

la production,

II. – Après l'alinéa 57

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Afin d'assurer le succès de la plateforme des données de santé, il est nécessaire de permettre le suivi de l'utilisation de certaines thérapies innovantes.

D'une part, l'amendement vise à permettre à la plateforme des données de santé de participer, lorsque cela est pertinent et en collaboration avec les acteurs adéquats, à la définition des normes de standardisation, notamment en matière de production de données de santé, tout en vérifiant que celles-ci sont compatibles avec les normes européennes et internationales.

D'autre part, il tend à permettre à la PDS de conclure des conventions nationales avec des organismes pertinents afin d'inciter les professionnels de santé à produire et à fournir ces données, notamment par le biais des registres adéquats, en respectant les normes de standardisation définies par la plateforme.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à attribuer une nouvelle mission à la plateforme des données de santé qui se substituera à l'Institut national des données de santé. Il prévoit que la PDS signera avec les syndicats de médecins des conventions nationales encadrant la collecte et la communication par ces derniers de certaines données de santé relatives notamment aux thérapies innovantes.

Cette précision a paru à la commission des affaires sociales – mais pas au rapporteur – très judicieuse et compatible avec l'ambition exprimée par le Gouvernement de l'avènement du Health Data Hub.

La commission a donc émis un avis favorable sur cet amendement, contre l'avis du rapporteur.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends tout à fait la volonté d'assurer une interopérabilité. Il s'agit d'un problème majeur.

Nous ne souhaitons nullement donner une telle mission au Health Data Hub. À l'article 12, des amendements relatifs à l'interopérabilité auront pour objet de bien répartir les responsabilités.

Le Gouvernement est défavorable à cet amendement, dans la mesure le système n'a pas du tout été construit dans cette optique. Le Health Data Hub regroupe les données : il ne s'agit pas d'un opérateur gérant l'interopérabilité.

Mme Catherine Procaccia. Je retire l'amendement !

M. le président. L'amendement n° 124 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 650 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli et Corbisez, Mme N. Delattre, M. Gabouty, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 56

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Jean-Claude Requier.

M. Jean-Claude Requier. La plateforme des données de santé est un projet ambitieux qui inscrit notre système de santé dans le XXI^e siècle.

Le recours au principe d'open data est nécessaire pour compléter la logique de coordination développée par cette loi. Pour qu'elle atteigne ses objectifs en termes de santé publique, la plateforme doit aussi ouvrir ses données aux

fédérations hospitalières, qui jouent un rôle primordial et peuvent se nourrir de ces données pour améliorer leurs procédures.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement prévoit la reconnaissance d'un droit d'accès inconditionnel aux données du SNDS aux fédérations hospitalières de tout statut.

Il existe actuellement un régime juridique d'exception qui exonère plusieurs acteurs, énumérés par la loi Informatique et libertés, de la conformité aux référentiels établis par la CNIL et du critère d'intérêt public des demandes de traitement pour accéder aux données de santé. Ces acteurs ont tous pour point commun d'être soit constitutifs de la puissance publique, soit étroitement liés à celle-ci, ce qui semble naturel.

Étendre ce droit d'accès inconditionnel, dont on mesure bien le caractère sensible, à des fédérations hospitalières privées ouvrirait une brèche importante dans la sécurité du SNDS. Nous ne manquerions alors pas de retomber dans certains scandales passés, à la faveur desquels des données personnelles se trouvaient accessibles et transmissibles sans contrôle.

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° 650 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 722 rectifié est présenté par Mme Grelet-Certenais, MM. Jomier et Daudigny, Mme 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. Houllégatte et Jacquín, 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.

L'amendement n° 780 rectifié *bis* est présenté par Mme Imbert, MM. Charon, Pointereau et Sol, Mmes Malet et Garriaud-Maylam, M. Morisset, Mmes Deromedi, Puissat, Deroche et Richer, MM. D. Laurent et Savary, Mme Lassarade, M. Mouiller, Mme Gruný, M. Gremillet et Mme Morhet-Richaud.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 68 et 69

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais, pour présenter l'amendement n° 722 rectifié.

Mme Nadine Grelet-Certenais. L'article 11 tend à procéder à un élargissement important de l'usage des données de santé à caractère personnel collectées par une diversité d'entrepôts

de données et à l'introduction de nouveaux acteurs, ce qui nécessite, en parallèle, un renforcement de la protection de ces données.

En l'état, le dispositif du projet de loi ne nous paraît pas remplir cette condition. À cet égard, nous sommes très sensibles à l'analyse livrée par le CCNE, le Comité consultatif national d'éthique, dans son rapport intitulé « Données massives et santé : une nouvelle approche des enjeux éthiques » du 28 mai dernier.

Une fois collectées, ces données peuvent être reproduites à l'infini, sans perte de qualité, stockées dans des gisements ou des plateformes, cédées ou utilisées très largement, y compris pour des usages différents de ceux pour lesquels elles avaient été initialement fournies ou captées.

L'analyse porte sur un nombre de données très important, qui n'a généralement pas été fixé à l'avance. Leur croisement permet souvent une identification très précise des personnes et les efforts d'anonymisation des données initiales peuvent ne plus constituer une garantie suffisante de la protection des droits de la personne.

C'est pourquoi nous n'estimons pas opportun de faire une exception au contrôle de la CNIL pour les traitements de données de santé mis en œuvre par l'État dans le cadre de l'évaluation des politiques publiques de santé ou à des fins statistiques, d'autant que l'État peut faire appel à des sous-traitants pour ce faire.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour présenter l'amendement n° 780 rectifié *bis*.

Mme Corinne Imbert. Il est défendu, monsieur le président. En tant que membre du CCNE, je suis bien évidemment très sensible à l'avis qu'il a produit.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je comprends parfaitement l'intention des auteurs de ces amendements. Pour autant, ceux-ci ne me paraissent pas opportuns, eu égard aux dispositions de la loi Informatique et libertés.

Contrairement à ce qui est suggéré, ce n'est pas parce que les traitements mis en œuvre par l'État échappent au régime d'autorisation décrit par la sous-section 1 de la section 3 de la loi qu'ils échappent à celui qui est décrit par la sous-section 2. Ce dernier décrit précisément un régime d'autorisation spécifique, qui nécessite que le responsable de traitement déclare une conformité à une méthodologie de référence homologuée par la CNIL.

La commission demande donc le retrait de ces deux amendements identiques ; à défaut, elle se verra contrainte d'émettre un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement est défavorable à ces amendements identiques.

Leurs auteurs ont l'impression que la dérogation au contrôle de la CNIL crée un risque en matière de sécurité des données.

Que la CNIL contrôle ou non, ces données sont soumises à des procédures de sécurité. La CNIL encadre déjà très largement les procédures lorsque l'État travaille sur les statistiques.

Pourquoi une dérogation est-elle prévue dans le cas qui nous occupe ? Il s'agit de permettre à l'État de suivre plus facilement des politiques publiques, en évitant des procé-

dures parfois longues. Par exemple, si l'on voulait, demain, en cas d'épidémie, extraire très rapidement de la base de données des statistiques, la disposition en question permettrait d'éviter à l'État d'en faire la demande à la CNIL.

Une telle disposition n'exonère nullement des contrôles *a posteriori*. Par conséquent, si je comprends le sens de ces amendements, j'insiste sur le fait que leur adoption priverait l'État de la possibilité d'être réactif pour la construction de certaines politiques publiques.

M. le président. L'amendement n° 780 rectifié *bis* est-il maintenu, madame Imbert ?

Mme Corinne Imbert. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 780 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 722 rectifié est-il maintenu, madame Grelet-Certenais ?

Mme Nadine Grelet-Certenais. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 722 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 723 rectifié, présenté par Mme Grelet-Certenais, MM. Jomier et Daudigny, Mme 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, Prévaille et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 90

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. Les modalités de création et de gestion du Health Data Hub, ou plateforme des données de santé, ne sont pas suffisamment encadrées par le projet de loi. Celui-ci fixe un cadre très général devant permettre au Gouvernement d'avancer sur ce dossier selon une démarche d'incrémentation et d'essais/erreurs. Toutefois, notre cadre législatif ne permet pas un contrôle parlementaire en continu de la démarche sur un sujet aussi sensible que les données de santé, fortement convoitées sur le plan commercial.

C'est pourquoi le groupe socialiste et républicain souhaite remplacer le rapport sur le bilan d'efficacité du nouveau GIP par un comité de suivi *ad hoc*, composé notamment de parlementaires.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission n'est pas convaincue de l'utilité de cet amendement, qui vise à instaurer un comité de suivi de la réforme prévue par l'article 11. Comme je l'ai indiqué dans mon intervention liminaire, les modifications apportées au SNDS ne sont pas d'une ampleur nécessitant qu'un pareil dispositif soit mis en œuvre.

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. Le GIP, qui est placé sous l'autorité du ministère des solidarités et de la santé, remettra chaque année au Parlement un rapport sur son activité. Il est également prévu qu'il soit soumis au contrôle économique et financier de l'État. Nous estimons donc que les garanties en termes de suivi sont déjà élevées.

Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 723 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 11, modifié.

(L'article 11 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 11

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

L'amendement n° 448, présenté par M. Lurel, est ainsi libellé :

Après l'article 11

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

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

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

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

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

La parole est à M. Victorin Lurel.

M. Victorin Lurel. Cet amendement relève du même esprit que ceux qui viennent d'être examinés. Si je comprends l'inquiétude des collègues qui se sont exprimés avant moi,

je prends le problème autrement. Mon objectif est de tenter d'éviter une commercialisation et une marchandisation des données de santé.

Certains articles de presse récents m'ont interpellé. Ainsi, le *Canard enchaîné* a publié un numéro spécial sur la fin de la vie privée. On y apprend par exemple que l'AP-HP envoie des mails pour demander à des personnes si elles consentent à mettre leurs données à disposition. Pour manifester son accord, il suffit d'un clic. Mais si l'on n'est pas d'accord, il faut envoyer un mail ! La CNIL donne son autorisation à cette démarche et la procédure respecte apparemment les préconisations du RGPD. Pourtant, *Le Canard enchaîné* cite tout un ensemble de compagnies d'assurances américaines ayant acheté les données de patients français. Il existe donc un commerce des données de santé !

Je comprends la préoccupation de certains d'éviter la patrimonialisation, l'appropriation privée de telles données. Le contrôle de la CNIL n'est pas suffisant : même lorsqu'elle donne son *imprimatur*, il y a tout de même marchandisation. Tout se fait à l'insu du patient, sans qu'aucun contrat ne soit jamais passé entre lui et l'hébergeur de ses données.

M. le président. L'amendement n° 707, présenté par Mme M. Filleul, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Rossignol, Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mme 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, 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 :

Après l'article 11

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. L'amendement est défendu, monsieur le président.

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

M. Alain Milon, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 448, l'instauration, à l'article 12, d'un espace numérique de santé fait de l'utilisateur le gestionnaire unique de ses propres données de santé. Il peut en réguler lui-même les accès sur des applications et des objets connectés dont l'interopérabilité et la sécurité seront assurées par un groupement d'intérêt public.

Par ailleurs, l'usage de certaines données de santé à des fins strictement commerciales ou de sélection pour l'éligibilité à certains produits d'assurance est déjà prohibé par le code de la santé publique.

Enfin, l'amendement contrevient à l'article 11 *bis* A du projet de loi, aux termes duquel l'ensemble des droits sur les données de santé réunies au sein du SNDS restent exercés par

l'État. Le code de la santé publique exclut tout exercice d'un droit patrimonial en garantissant l'accès gratuit à ces données sous leur forme agrégée et pseudonymisée.

La commission est donc défavorable à l'amendement n° 448.

Quant à l'amendement n° 707, il reprend pour partie l'amendement n° 448. Pour les raisons que je viens d'exposer, la commission y est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ces amendements sont d'ores et déjà satisfaits. On n'a pas plus le droit de vendre ses données de santé à caractère personnel que ses organes. Cette règle, à laquelle on ne peut en aucun cas déroger, est inscrite dans le code de la santé publique.

De manière générale, l'interdiction de commercialiser des données de santé à caractère personnel est déjà prévue à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

Le Gouvernement est défavorable à ces deux amendements.

M. le président. L'amendement n° 448 est-il maintenu, monsieur Lurel ?

M. Victorin Lurel. Madame la ministre, monsieur le rapporteur, vous avez raison, le droit actuel satisfait mon amendement. J'ai d'ailleurs sous les yeux le texte de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique. Toutefois, dans la pratique, les choses ne se passent pas ainsi !

J'invite le Gouvernement à être plus vigilant. On invoque le principe d'indisponibilité prévue dans la loi Informatique et libertés de 1978, mais, je le répète, même l'AP-HP a vendu des données ! Sans doute faut-il instaurer une sécurisation supplémentaire, car, manifestement, les textes ne sont pas respectés.

Madame la ministre, il y a une asymétrie : si l'on est d'accord pour mettre ses données à disposition, il suffit d'un clic pour le signifier, mais, dans le cas contraire, il faut envoyer un long mail faisant état d'un « motif légitime » ! Il y a donc deux poids, deux mesures.

Je retire mon amendement, mais j'attire l'attention du Gouvernement sur cette affaire, car il faut protéger la vie privée.

M. le président. L'amendement n° 448 est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je sais que cette plateforme suscite beaucoup d'inquiétudes.

Tout d'abord, aux termes du code de la santé publique, personne n'a le droit de vendre ses propres données de santé : c'est le premier niveau de protection. Ensuite, les hôpitaux ont des entrepôts de données de santé où les données sont agrégées et anonymisées : c'est le deuxième niveau. Il n'y a plus, à ce stade, de données individuelles, reliées aux personnes.

L'adoption de votre amendement, monsieur Lurel, empêcherait la valorisation de ces données agrégées non pas à des fins commerciales, mais par exemple dans le cadre d'une contractualisation avec une équipe de recherche qui finance la collecte des données par les hôpitaux.

Avec le Health Data Hub, nous ne faisons rien de plus que ce qui est déjà pratiqué avec toutes les données de santé de tous les hôpitaux publics. Il n'y a aucun moyen de remonter des données aux individus. L'anonymisation est complète.

M. le président. L'amendement n° 707 est-il maintenu, madame Grelet-Certenais ?

Mme Nadine Grelet-Certenais. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 707 est retiré.

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

Après l'article 11

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

Les conditions de mise en œuvre du premier alinéa sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions d'évaluation des expérimentations en vue d'une éventuelle généralisation.

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

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Des recommandations ont été présentées dans le rapport du Pipame, le pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques, notamment la création de zones d'expérimentation. Ces zones seront accessibles à tous les acteurs innovants, notamment en intelligence artificielle. Un cadre administratif standardisé sera défini par décret. Des investissements en infrastructures numériques – capteurs, réseaux, data centers – permettront à l'ensemble des équipements de santé de fournir des données numériques sur leur usage, des mesures cliniques et biologiques ou des statuts de fonctionnement.

Une telle recommandation vise à créer les conditions permettant de tester des innovations en intelligence artificielle, avec des délais de mise en œuvre le plus réduits possible. La liste des lieux d'expérimentation serait à la disposition de tous les acteurs souhaitant innover.

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

M. Alain Milon, rapporteur. René-Paul Savary nous a démontré hier soir qu'il n'avait pas besoin d'intelligence artificielle! (*Sourires.*) L'idée de notre collègue, que je sais très attaché au développement de l'intelligence artificielle et des nouvelles technologies en matière de santé, a semblé particulièrement judicieuse à la commission, qui a émis un avis favorable sur cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il s'agit de permettre par la loi au ministre chargé de la santé d'instituer des zones d'expérimentation, afin de développer le recours à l'intelligence artificielle en matière de santé.

Le dispositif proposé n'explicite aucune dérogation aux règles en vigueur et n'apporte donc pas de simplification au dispositif actuel d'autorisation de traitement des données de santé.

Par ailleurs, il est susceptible de créer une confusion avec les dispositifs déjà existants, notamment la création d'entrepôts de données hospitaliers, conformément à la stratégie du Health Data Hub.

Enfin, la rédaction de l'amendement étant trop imprécise quant aux finalités de l'expérimentation et à son champ d'application, elle risque d'être frappée d'inconstitutionnalité.

Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 91 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 11.

Article 11 bis A

- ① I. – L'article L. 1413-3 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ② « Les droits sur les bases de données anonymisées qui sont constituées par les personnes, structures ou centres mentionnés aux 1° et 2° du présent article à la demande et selon les modalités, notamment financières, définies par l'agence pour lui permettre d'exercer ses missions sont exercés par l'État.
- ③ « Les ressources mentionnées au 3° de l'article L. 1413-8 recueillies ou collectées dans les mêmes conditions sont la propriété de l'État. »
- ④ II (*nouveau*). – Au premier alinéa de l'article L. 1524-2 du code de la santé publique, la référence : « l'ordonnance n° 2017-51 du 19 janvier 2017 » est remplacée par la référence : « la loi n° ... du ... ».

M. le président. L'amendement n° 325, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

La parole est à M. Pascal Savoldelli.

M. Pascal Savoldelli. Notre groupe propose de récrire l'alinéa 3 de l'article 11 *bis* A.

Chacun le sait, à l'occasion des récentes mobilisations des « gilets jaunes », on a constaté ce que nous tenons pour un détournement de certains fichiers de patients accueillis dans les hôpitaux de l'AP-HP, qui a d'ailleurs reconnu des erreurs. Il convient donc d'apporter aux citoyens des garanties supplémentaires. En effet, les erreurs en question ne doivent en aucun cas conduire à un fichage à des fins d'exploitation politique ou judiciaire.

La communauté médicale s'est émue des faits que je viens d'évoquer. Si ma mémoire est bonne, monsieur le rapporteur, vous avez demandé, avec le président de la commission des lois, Philippe Bas, des explications au Gouvernement. Il semble souhaitable que le législateur prévoie des garanties d'indépendance de l'Agence nationale de santé publique à l'égard de l'État.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement semble reposer sur une confusion des missions. Les données de santé ne font pas l'objet d'un droit strictement patrimonial, comme en témoigne la définition par la loi de leurs modalités de diffusion et d'accessibilité.

La collecte de ces données par les gestionnaires du SNDS n'entraîne pas de transfert de propriété. Les droits exercés par l'État sur ces données, reconnus par l'article 11 *bis* A, restent d'une nature extrapatrimoniale.

Par ailleurs, l'alimentation des données du SNDS sera désormais assurée par plusieurs gestionnaires, et non plus par la seule CNAM, cela dans les conditions énoncées par décret en Conseil d'État. L'État entend donc maintenir l'exercice d'un contrôle sur la seule désignation des gestionnaires de données.

Enfin, la loi prévoit déjà l'exercice d'un régime d'accès dérogatoire et inconditionnel aux données de santé pour l'État, ce qui s'avère particulièrement nécessaire et souhaitable dans certains cas, notamment d'urgence sanitaire ou d'enjeu épidémiologique majeur.

Pour toutes ces raisons, la commission demande 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. Je mets aux voix l'amendement n° 325.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 11 *bis* A.

(L'article 11 bis A est adopté.)

Article 11 bis (Non modifié)

- ① I. – L'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants, est ainsi modifié :
- ② 1° Le 1° est ainsi rédigé :

- ③ « 1° À l'exercice de leurs missions par les organismes chargés de la gestion d'un régime de base d'assurance maladie ; »
- ④ 2° Les 2° et 3° sont abrogés.
- ⑤ II. – Au 3° de l'article 65 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 prise en application de l'article 32 de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et portant modification de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et diverses dispositions concernant la protection des données à caractère personnel, les mots : « aux fins d'assurer le service des prestations ou le contrôle » sont remplacés par les mots : « pour l'exercice de leurs missions ». – (*Adopté.*)

Articles additionnels après l'article 11 bis

M. le président. L'amendement n° 708, présenté par Mme Taillé-Polian, 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, Prévillé et S. Robert, MM. Sueur, Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Après l'article 11 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. On constate, pour la prise de rendez-vous médicaux, un recours accru aux plateformes en ligne. Ce sont ainsi quelque dix-sept opérateurs privés qui se partagent le marché en pleine croissance de la prise de rendez-vous médicaux en ligne. Parmi eux, le français Doctolib revendique le titre de premier opérateur mondial de plateforme en ligne sur le marché de la prise de rendez-vous médicaux, devant l'américain Zocdoc ou l'indien Practo, et très loin devant ses rivaux français, comme Pages Jaunes, KelDoc ou RDVmédicaux.

Afin de prévenir l'irruption de logiques marchandes dans le domaine de la santé, il nous incombe de prendre des mesures destinées à protéger patients et professionnels de santé des pratiques prédatrices et déloyales de certains opérateurs de plateforme.

Au regard des graves dérives qui ont entaché l'essor de plateformes similaires, dans le secteur hôtelier en particulier, il convient d'anticiper leur développement afin d'apporter des protections aux médecins et aux patients face aux géants du secteur.

D'ores et déjà, chez les opérateurs de plateforme en ligne, il a été constaté le recours à des pratiques anticoncurrentielles et déloyales reposant sur un référencement biaisé des professionnels de santé. En effet, en référençant des professionnels non abonnés, les plateformes redirigent la patientèle de ces professionnels vers certains de leurs propres clients. En procédant de la sorte, l'opérateur s'assure que le patient, lorsqu'il saisit le nom du médecin A sur un moteur de recherche, soit renvoyé vers un médecin B abonné à sa plateforme. La seule différence entre les deux professionnels, qui exercent au même endroit la même spécialité, est que le médecin B est un client de l'opérateur de plateforme en ligne. La plateforme a procédé au référencement du médecin A afin de pouvoir proposer au patient de recourir à un de ses clients.

Ce type de référencement s'effectue sur la base de listings d'anciens clients de ces entreprises. Plus grave, il s'appuie parfois sur le registre de l'ordre des médecins. Ces pratiques contreviennent au règlement général sur la protection des données et, plus largement, au droit européen de la concurrence. Elles vont à l'encontre de la règle de désignation d'un médecin traitant.

Aussi cet amendement vise-t-il à proscrire tout référencement de professionnels de santé non abonnés ou ayant résilié leur abonnement. En introduisant à cette fin un article nouveau dans le code de la consommation, nous nous assurons que les professionnels de la santé ne pâtissent pas de l'hégémonie grandissante de certaines plateformes dont les méthodes lèsent également les patients, qui sont bien souvent les premières victimes de ce jeu de dupes.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission souhaite connaître l'avis du Gouvernement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. La question posée est pertinente. La régulation des plateformes en ligne est un sujet complexe, qui doit être traité de façon à la fois transsectorielle et européenne.

Au niveau français, l'article L. 111-7-1 du code de la consommation prévoit déjà que l'autorité administrative compétente puisse procéder à des enquêtes afin d'évaluer les pratiques des opérateurs de plateforme en ligne. Si celles-ci ne respectent pas le RGPD, elles peuvent être sanctionnées.

Au niveau européen, une proposition de règlement promouvant l'équité et la transparence pour les utilisateurs professionnels des services d'intermédiation en ligne prévoit de renforcer les obligations d'équité, de transparence et de prévisibilité des plateformes à l'égard de leurs utilisateurs professionnels et de favoriser le recours à des moyens alternatifs de règlement des différends.

Adopter des dispositions franco-françaises spécifiques au cas des plateformes de prise de rendez-vous médicaux en ligne me semblerait donc prématuré et pas tout à fait approprié. Nous préférons attendre le règlement européen.

Pour ces raisons, madame la sénatrice, l'avis du Gouvernement est défavorable sur votre amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Même avis que le Gouvernement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 708.
(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 226 n'est pas soutenu.

Chapitre II

DOTER CHAQUE USAGER D'UN ESPACE NUMÉRIQUE DE SANTÉ

Article 12 A (nouveau)

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1110-4-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Au début, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « L'interopérabilité des systèmes d'information et des services et outils numériques en santé s'entend de la capacité d'un support numérique de collecte, d'hébergement ou de traitement de données de santé à caractère personnel à permettre, dans un cadre sécurisé, l'échange et l'exploitation de ces données vers d'autres supports numériques de collecte, d'hébergement ou de traitement de données de santé à caractère personnel sans restriction d'accès ni de mise en œuvre. » ;
- ⑤ b) La dernière phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :
- ⑥ « Ces référentiels sont élaborés en concertation avec les représentants des professions de santé, d'associations d'usagers du système de santé agréées, des établissements de santé, des établissements et services des secteurs médico-social et social et des opérateurs publics et privés du développement et de l'édition des systèmes d'information et services et outils numériques en santé. Ils sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;
- ⑦ c) Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑧ « Les référentiels d'interopérabilité mentionnés à l'alinéa précédent s'appuient sur des standards ouverts en vue de faciliter l'extraction des données de santé, leur traitement et leur portabilité dans le cadre de la coordination des parcours de soins ou à des fins de recherche clinique, chaque fois que le recours à ces standards est jugé possible par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24 et sous réserve du respect des exigences de sécurité et de confidentialité des données de santé à caractère personnel.
- ⑨ « Les systèmes d'information et services et outils numériques en santé, titulaires du certificat mentionné au I de l'article L. 1110-4-1-1 ou référencés en application du III de l'article L. 1111-13-1, garantissent un niveau élevé de sécurité dans la protection des données de santé à caractère personnel. » ;
- ⑩ 2° Après l'article L. 1110-4-1, il est inséré un article L. 1110-4-1-1 ainsi rédigé :
- ⑪ « Art. L. 1110-4-1-1. – I. – La conformité d'un système d'information ou service ou outil numérique en santé aux référentiels d'interopérabilité mentionnés

à l'article L. 1110-4-1 est attestée, à la demande de son éditeur, par un certificat délivré par des organismes de certification accrédités par le Comité français d'accréditation ou l'organisme national d'accréditation d'un autre État membre de l'Union européenne.

- ⑫ « Les conditions de délivrance de ce certificat sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.
- ⑬ « II. – Sont subordonnés à l'obtention du certificat mentionné au I du présent article, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, la conception, l'acquisition ou le renouvellement financés en tout ou partie par des fonds publics de systèmes d'information ou de services ou outils numériques en santé destinés à être utilisés ou mis en œuvre par :
- ⑭ « 1° Les professionnels de santé et les personnes exerçant sous leur autorité, les établissements et services de santé, le service de santé des armées et tout autre organisme participant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code ;
- ⑮ « 2° Les professionnels des secteurs médico-social et social et les établissements ou services des secteurs médico-social et social mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- ⑯ « 3° Les organismes d'assurance maladie, lorsque lesdits systèmes d'information ou services ou outils numériques ont pour finalité principale de contribuer directement à la prévention ou au suivi des parcours de soins.
- ⑰ « III. – Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 1435-3 du présent code et les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins mentionnés à l'article L. 1435-4 comprennent des engagements relatifs à l'acquisition ou à l'utilisation de systèmes d'information ou services ou outils numériques en santé dont la conformité aux référentiels d'interopérabilité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 est attestée par le certificat mentionné au I du présent article, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- ⑱ « IV. – Les II et III du présent article entrent en vigueur à une date fixée par les décrets nécessaires à leur application, et au plus tard le 1^{er} juillet 2021. »

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Madame la ministre, mes chers collègues, avant que nous entamions l'examen de cet article, je voudrais vous faire part de quelques observations générales sur les dispositions relatives à l'espace numérique de santé.

Les auditions que j'ai conduites avec les membres de la commission sur ce texte ont mis en lumière une absence de cadrage effectif des initiatives numériques territoriales, conjuguée aux carences des solutions proposées aujourd'hui par les éditeurs en matière d'interopérabilité. Grâce à vos efforts, madame la ministre, le déploiement du DMP, le dossier médical partagé, progresse, mais, dans le même temps, à peine plus de la moitié des CHU sont « DMP-compatibles ». Cette situation est particulièrement préjudiciable à la coordination et à la continuité des soins.

La commission souhaite donc amener les éditeurs à se conformer à des exigences minimales en termes d'interopérabilité. À cet effet, elle a posé le principe d'une labellisation des systèmes d'information et a institué plusieurs mécanismes destinés à les inciter à recourir à cette labellisation.

Par ailleurs, notre commission ne souhaite pas que la mise en place de l'espace numérique de santé connaisse les mêmes attermoissements que celle du dossier médical partagé. C'est pourquoi elle a tenu à rendre automatique, pour tout usager du système de santé, l'ouverture de l'espace numérique de santé et du dossier médical partagé.

À cet égard, sachons tirer les enseignements d'expériences étrangères inspirantes. Le système de santé estonien a connu une révolution numérique dès 2008. Les résultats de cette politique numérique volontariste ont de quoi intimider : aujourd'hui, 99 % des patients estoniens disposent d'une carte d'identité de santé électronique et d'un dossier médical partagé ; 99 % des données de santé et des prescriptions produites par les hôpitaux et les professionnels d'Estonie sont numériques ; 100 % des facturations des frais de santé sont désormais réalisées électroniquement ; enfin, une technologie de *blockchain* est utilisée pour préserver l'intégrité et la sécurité des données de santé.

Notre pays, encore une fois, accuse un retard navrant, après avoir pourtant eu très tôt une bonne idée, en lançant le dossier médical partagé dès 2004. Nous ne pouvons plus nous permettre le luxe d'hésiter – je sais que vous partagez ce point de vue, madame la ministre. C'est avec cette exigence que la commission a examiné les dispositions du projet de loi relatives au numérique et les amendements qui s'y rapportent.

M. le président. L'amendement n° 807, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

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

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

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

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

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

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

« II. – Est conditionnée à des engagements de mise en conformité aux référentiels d'interopérabilité dans les conditions prévues au I l'attribution de fonds publics dédiés au financement d'opérations de conception, d'acquisition ou de renouvellement de systèmes d'information ou de services ou outils numériques en santé destinés à être utilisés ou mis en œuvre par :

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

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

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

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

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

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement est défendu, monsieur le président.

M. le président. Le sous-amendement n° 825, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Amendement n° 807

1° Alinéas 3 à 7

Remplacer ces alinéas par sept alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

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

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

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

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

2° Alinéa 10

Remplacer les mots :

destinés à être utilisés ou mis en œuvre par :

par les mots :

mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 1110-4-1.

3° Alinéas 11 et 12

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme la ministre, pour présenter ce sous-amendement et donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 807.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je souhaite avant tout remercier très sincèrement la commission des affaires sociales pour le travail effectué en vue d'affiner les dispositions de cet article 12 A.

Effectivement, l'interopérabilité des systèmes d'information est primordiale ; elle est d'ailleurs indispensable à l'utilisation fluide des logiciels par les professionnels et à leur coordination autour d'un patient donné.

C'est dans cette optique que j'ai lancé, le 25 avril dernier, à l'occasion de la publication de la feuille de route du chantier numérique de mon plan Ma santé 2022, une action visant à renforcer l'interopérabilité des systèmes d'information. Les modifications apportées par cet amendement s'inscrivent dans cette démarche et permettront aux pouvoirs publics de recourir à des leviers financiers et contractuels à fort impact, pragmatiques et adaptés à l'hétérogénéité de l'écosystème.

C'est la raison pour laquelle je suis très favorable à l'amendement n° 807. Il est néanmoins nécessaire de le sous-amender pour aligner le périmètre des articles L. 1110-4-1 et L. 1110-4-1-1 du code de la santé publique, afin que l'attribution de fonds publics soit conditionnée à des engagements de mise en conformité des référentiels d'interopérabilité. Pour que les conventions d'objectifs et de gestion de l'assurance maladie comprennent des engagements relatifs à l'utilisation de systèmes d'information attestés conformes, il est nécessaire que l'obligation de conformité stipulée à l'article L. 1110-4-1 s'applique effectivement aux systèmes d'information utilisés par les professionnels et par l'assurance maladie. L'adoption du sous-amendement n° 825 permettrait en fait à l'assurance maladie d'entrer dans le jeu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 825 ?

M. Alain Milon, rapporteur. Avis favorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 825.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 807, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 12 A est ainsi rédigé.

Mes chers collègues, il reste environ 180 amendements à examiner. Loin de moi l'idée d'empiéter sur la liberté du président de séance qui me succédera ce soir, mais il apparaît impossible que nous achevions cette nuit la discussion du texte. Nous la reprendrons donc demain matin, à neuf heures trente.

Nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures cinquante-cinq, est reprise à vingt et une heures trente, sous la présidence de M. Philippe Dallier.)

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE DALLIER
vice-président

M. le président. La séance est reprise.

8

MISES AU POINT AU SUJET DE VOTES

M. le président. La parole est à Mme Christine Lavarde, pour une mise au point au sujet de votes.

Mme Christine Lavarde. Monsieur le président, je souhaite faire les rectifications de vote suivantes, concernant les scrutins publics n^{os} 133, 135, 138 et 139 : MM. Laurent Duplomb et Louis-Jean de Nicolajÿ souhaitaient voter contre, et non pour.

M. le président. Acte vous est donné de cette mise au point, ma chère collègue. Elle sera publiée au *Journal officiel* et figurera dans l'analyse politique du scrutin.

La parole est à M. Claude Kern, pour une mise au point au sujet d'un vote.

M. Claude Kern. Monsieur le président, je souhaite apporter les rectifications suivantes concernant le scrutin public n^o 134 sur les amendements n^{os} 178 et 421 au projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

MM. Alain Cazabonne, Yves Détraigne, Daniel Dubois, Jean-Marie Janssens, Pierre Louault et Claude Kern, Mmes Nathalie Goulet, Valérie Létard, Denise Saint-Pé, Lana Tetuanui et Sylvie Vermeillet souhaitaient voter pour.

MM. Jean-Marie Bockel, Vincent Capo-Canellas et Hervé Marseille, Mmes Sophie Joissains et Catherine Morin-Desailly souhaitaient s'abstenir.

Enfin, MM. Olivier Cigolotti et Nuihau Laurey et Mme Nassimah Dindar ne souhaitaient pas prendre part au vote.

M. le président. Acte vous est donné de cette mise au point, mon cher collègue. Elle sera publiée au *Journal officiel* et figurera dans l'analyse politique du scrutin.

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

M. le président. 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 en sommes parvenus, au sein du chapitre II du titre III, à l'article 12.

TITRE III (SUITE)

DÉVELOPPER L'AMBITION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Chapitre II (SUITE)

DOTER CHAQUE USAGER D'UN ESPACE NUMÉRIQUE DE SANTÉ

Article 12

- ① I. – La section 3 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :
- ② 1^o Au début de l'intitulé, sont ajoutés les mots : « Espace numérique de santé, » ;
- ③ 2^o Au début, il est rétabli un article L. 1111-13 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 1111-13.* – Afin de promouvoir le rôle de chaque personne, tout au long de sa vie, dans la protection et l'amélioration de sa santé, un espace numérique de santé est mis à sa disposition, dans un domaine sécurisé, lui permettant de gérer ses données de santé et de participer à la construction de son parcours de santé en lien avec les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social, favorisant ainsi la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1110-4-1. » ;
- ⑤ 3^o Après le même article L. 1111-13, sont insérés des articles L. 1111-13-1 et L. 1111-13-2 ainsi rédigés :
- ⑥ « *Art. L. 1111-13-1.* – I. – L'espace numérique de santé est ouvert automatiquement, sauf opposition de la personne ou de son représentant légal. La personne ou son représentant légal est informée de l'ouverture de l'espace numérique de santé, des conditions de fonctionnement de cet espace, de ses responsabilités en tant que gestionnaire de données de santé dans un espace numérique et des modalités de sa clôture en application du 3^o du IV. La personne concernée ou son représentant légal est également informée des modalités d'exercice de son droit d'opposition préalablement à l'ouverture de l'espace numérique de santé.
- ⑦ « Chaque titulaire dispose gratuitement de son espace numérique de santé.
- ⑧ « Pour chaque titulaire, l'identifiant de son espace numérique de santé est l'identifiant national de santé mentionné à l'article L. 1111-8-1 lorsqu'il dispose d'un tel identifiant. Pour le bénéficiaire de l'aide médicale de l'État mentionnée à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, l'identifiant de son espace numérique de santé est créé selon des modalités précisées par le décret en Conseil d'État mentionné au V du présent article.
- ⑨ « II. – L'espace numérique de santé est accessible en ligne par son titulaire, ou le représentant légal de celui-ci, dûment identifié et authentifié. Il permet au titulaire d'accéder à :
 - ⑩ « 1^o Ses données administratives ;
 - ⑪ « 2^o Son dossier médical partagé ;

- 12 « 3° Ses constantes de santé éventuellement produites par des applications ou des objets connectés référencés en application du III ou toute autre donnée de santé utile à la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins ;
- 13 « 4° L'ensemble des données relatives au remboursement de ses dépenses de santé ;
- 14 « 5° Des outils permettant des échanges sécurisés avec les acteurs du système de santé, dont une messagerie de santé sécurisée permettant à son titulaire d'échanger avec les professionnels et établissements de santé, un répertoire des associations d'usagers du système de santé agréées et des outils permettant d'accéder à des services de télésanté ;
- 15 « 6° Tout service numérique, notamment des services développés pour favoriser la prévention et fluidifier les parcours, les services de retour à domicile, les services procurant une aide à l'orientation et à l'évaluation de la qualité des soins, les services visant à informer les usagers sur l'offre de soins et sur les droits auxquels ils peuvent prétendre et toute application numérique de santé référencés en application du même III ;
- 16 « 7° Le cas échéant, les données relatives à l'accueil et l'accompagnement assurés par les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.
- 17 « III. – Pour être référencés et intégrables dans l'espace numérique de santé, les services et outils numériques mentionnés aux 2° à 6° du II du présent article, qu'ils soient développés par des acteurs publics ou privés, respectent les référentiels d'interopérabilité et de sécurité mentionnés par le groupement mentionné à l'article L. 1111-24, les référentiels d'engagement éthique et les labels et normes imposés dans l'espace numérique de santé mentionnés à l'article L. 1111-13-2. Ces référentiels, labels et normes tiennent compte de la mise en œuvre par les services et outils numériques de mesures en faveur des personnes rencontrant des difficultés dans l'accès à Internet et l'utilisation des outils informatiques et numériques.
- 18 « IV. – Le titulaire ou son représentant légal est le seul gestionnaire et utilisateur. Il peut décider que son espace ne contient pas un ou plusieurs éléments énoncés aux 1° à 6° du II du présent article ou n'y donne pas accès.
- 19 « À tout moment, il peut décider :
- 20 « 1° De proposer un accès temporaire ou permanent à tout ou partie de son espace numérique de santé à un établissement de santé, à un professionnel de santé ou aux membres d'une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 ou de mettre fin à un tel accès ;
- 21 « 2° D'extraire des données de l'espace numérique de santé en application des dispositions relatives au droit d'accès et à la portabilité des données prévues par le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ;
- 22 « 3° De clôturer son espace numérique de santé ou un ou plusieurs éléments énoncés aux 1° à 6° du II du présent article. Le décès du titulaire entraîne la clôture de son espace numérique de santé.
- 23 « À compter de sa clôture, faute de demande expresse de destruction du contenu de son espace numérique de santé par son titulaire ou son représentant légal, le contenu de son espace numérique de santé est archivé pendant dix ans, période pendant laquelle il reste accessible à son titulaire, son représentant légal, ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans les conditions et limites prévues au V de l'article L. 1110-4.
- 24 « La communication de tout ou partie des données de l'espace numérique de santé ne peut être exigée du titulaire de cet espace lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et lors de la conclusion ou de l'application de tout autre contrat.
- 25 « Une personne mineure peut s'opposer à la saisie dans son espace numérique de santé, dans un ou plusieurs éléments énoncés aux 1° à 6° du II du présent article ou dans son dossier pharmaceutique de toute donnée relative aux prises en charge réalisées dans les conditions prévues aux articles L. 1111-5, L. 1111-5-1, L. 2212-7 et L. 6211-3-1, ou relative au remboursement desdites prises en charge et des produits de santé prescrits ou administrés.
- 26 « V. – Les conditions et les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.
- 27 « Art. L. 1111-13-2. – L'État et une ou plusieurs autorités publiques ou personnes publiques désignées par décret assurent la conception, la mise en œuvre, l'administration, l'hébergement et la gouvernance de l'espace numérique de santé dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. La conception et la mise en œuvre de l'espace numérique de santé tiennent compte des difficultés d'accès à internet et aux outils informatiques et dans l'usage de ces outils rencontrées par certaines catégories de personnes, en proscrivant toute discrimination fondée sur la localisation géographique, les ressources ou le handicap.
- 28 « Ce décret précise notamment le cadre applicable à la définition des référentiels d'engagement éthique et aux labels et normes imposés dans l'espace numérique de santé ainsi qu'au référencement des services et outils pouvant être mis à disposition dans l'espace numérique de santé en application des critères mentionnés au III de l'article L. 1111-13-1. »
- 29 II. – (*Non modifié*) Le I entre en vigueur à une date fixée par le décret en Conseil d'État prévu au V de l'article L. 1111-13-1 du code de la santé publique, et au plus tard le 1^{er} janvier 2022.

M. le président. L'amendement n° 327, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 4

Compléter cet alinéa par les mots :

, et facilitant l'accès à l'information sur les droits définis au titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie et sur les recours en cas de refus de soins définis à l'article L. 1110-3

II. – Après l'alinéa 15

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° Toute information lui permettant de faciliter son accès à la protection complémentaire ou au droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou au droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« ...° Toute information lui permettant de faire valoir ses droits en cas de refus de soins définis à l'article L. 1110-3 du présent code, de saisir le conciliateur de l'assurance maladie conformément à l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale, de saisir le Défenseur des droits conformément au titre II de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits et d'introduire un contentieux général tel que défini aux articles L. 142-1 à L. 142-3 du code de la sécurité sociale ou un contentieux technique tel que défini aux articles L. 142-1 à L. 142-3 du même code ;

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. L'amendement est défendu, monsieur le président.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, rapporteur. 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. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour explication de vote.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Le présent amendement, inspiré par l'association Aides, vise à élargir le champ des informations accessibles aux usagers sur l'espace numérique de santé afin qu'ils puissent avoir connaissance de leurs droits, mais aussi introduire des contentieux en cas de refus de soins.

Les refus de soins touchent fortement les plus précaires, et en premier lieu les personnes étrangères. Comme l'a dénoncé récemment le Défenseur des droits, en France, les conditions d'accès aux soins se dégradent pour les étrangers, en raison notamment d'une suspicion qui rend plus difficile l'exercice de leurs droits par les personnes malades étrangères. On constate des refus de soins directs, c'est-à-dire des refus de prise en charge, ou indirects, *via* la limitation des horaires de rendez-vous ou la demande de justificatifs administratifs supplémentaires. Nous proposons donc que les usagers puissent contacter, le cas échéant, le Défenseur des droits.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 327.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 725, présenté par Mme Grelet-Certenais, MM. Jomier et Daudigny, Mme 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, 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 6

Rédiger ainsi cet alinéa :

« *Art. L. 1111-13-1.* – I. – L'espace numérique de santé est ouvert sous réserve du consentement de son titulaire ou de son représentant légal, après avoir été dûment informé des conditions de fonctionnement de l'espace numérique de santé, de ses responsabilités en tant que gestionnaire de ses données de santé dans une espace numérique et des modalités de sa clôture en application du 3° du IV.

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. Nous souhaitons maintenir le principe du consentement comme fondement de la licéité du traitement des données personnelles en santé, et donc de l'ouverture de l'espace numérique de santé, l'ENS.

Nous ne mesurons pas forcément les conséquences de l'utilisation des « applis » de santé et de bien-être, mais ce geste devenu banal n'est pas anodin. Nos concitoyens n'ont pas forcément conscience que toute connexion sur une telle application, qu'elle soit en lien direct ou non avec la santé, peut aboutir, par croisement avec d'autres, à la création d'une information nouvelle sur sa santé, cela dans le contexte d'une transformation du marché de la santé.

Puisque l'usager du système de santé a tendance à devenir autonome et lui-même producteur de données, et puisque vous souhaitez, pour transformer notre système, replacer l'usager, le patient au cœur du déploiement du numérique en santé, le principe de consentement libre et éclairé n'en devient que plus fondamental, car son corollaire est l'information préalable, sans laquelle ce consentement ne peut s'exercer.

Le consentement doit présider aux conditions d'ouverture d'un espace numérique de santé pour chaque usager. Il s'agit donc pour nous de revenir sur l'automatisme de son ouverture, qui fait de l'opposition une simple option, pour conditionner l'ouverture de l'ENS à un consentement libre et éclairé de l'usager, bien plus protecteur que le principe d'automatisme.

Nous comprenons la volonté de généralisation de l'ENS, mais celle-ci ne doit pas s'opérer au détriment du droit des usagers du système de santé à décider eux-mêmes et de leur droit d'initiative dans l'utilisation de leurs données.

En effet, le consentement est une condition pleinement reconnue d'accès aux données de santé, tant dans le règlement général sur la protection des données que dans la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis défavorable, monsieur le président : cette proposition va à l'encontre de ce que la commission a décidé par ailleurs.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable également.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 725.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 574, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung, est ainsi libellé :

Alinéa 9, première phrase

Remplacer les mots :

, ou le représentant légal de celui-ci,

par les mots :

le représentant légal de celui-ci, ou un tiers de confiance nommément désigné par celui-ci,

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Cet amendement a pour objet de répondre à l'impératif de confidentialité que doivent observer les praticiens en ce qui concerne leurs patients de plus de 15 ans.

Afin de coordonner l'usage de l'espace numérique de santé avec le cas de droit au secret médical applicable à la personne mineure, il est nécessaire de permettre l'accès d'un tiers de confiance audit espace numérique.

Ce tiers de confiance sera habilité à être averti des soins administrés à la personne mineure par le professionnel de santé sans que cela contrevienne à la disposition de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, qui fait mention de cas de santé sexuelle et reproductive que l'adoption de cet amendement permettrait de couvrir.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Dans le cadre des parcours de santé sexuelle et reproductive, le mineur pourra bien s'opposer à la saisie de toute information sur son espace numérique de santé.

En cas de refus d'informer ses parents, il doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix ; il ne semble pas nécessaire de prévoir un accès à l'espace numérique de santé pour cette personne accompagnante.

Par ailleurs, aux termes du code de la santé publique, la responsabilité des titulaires de l'autorité parentale est engagée dans le cadre du consentement aux soins envisagés pour le mineur qui, lui-même, est consulté chaque fois que son degré de maturité le permet.

En outre, le code civil prévoit que le représentant légal a la responsabilité de la santé de la personne mineure jusqu'à ses 18 ans. Il doit donc avoir les moyens de l'exercer.

À défaut d'un retrait, l'avis de la commission serait donc défavorable sur cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous avons beaucoup réfléchi sur les modalités d'ouverture de cet espace numérique de santé en ce qui concerne les personnes mineures. Nous avons finalement décidé de ne rien changer à l'existant : nous proposons que les majeurs titulaires de l'autorité parentale exercent la responsabilité de l'espace numérique de santé et que les dérogations qui permettent déjà aujourd'hui de ne pas les informer – par exemple, les jeunes filles de 16 ans ont

le droit de demander à avorter sans que leurs parents en soient informés – vaudront aussi pour l'espace numérique de santé ; les informations seront protégées exactement de la même façon.

En fait, nous avons suivi le même raisonnement pour le DMP que pour les dossiers papier : ce sont les mêmes règles qui régiront les données de santé dans les deux cas.

Nous sommes défavorables à tout changement, car cela complexifierait énormément la situation.

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

M. Michel Amiel. Il peut exister, dans ce domaine, des ambiguïtés, y compris entre code civil et code de la santé publique. Mais je vous fais confiance, madame la ministre : je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 574 est retiré.

L'amendement n° 577, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Compléter cet alinéa par les mots :

, et facilitant l'accès à l'information sur les droits définis au titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du présent code et sur les recours en cas de refus de soins définis à l'article L. 1110-3

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Le présent amendement a pour objet d'élargir le champ des informations accessibles aux usagers sur l'espace numérique de santé, afin qu'ils puissent avoir connaissance à la fois de leurs droits et des recours possibles en cas de refus de soins. Toute personne doit pouvoir faire valoir ses droits à l'assurance maladie et à une couverture complémentaire optimale.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Même avis que sur l'amendement n° 327. Cet amendement est satisfait ; il est déjà prévu, en effet, que l'espace numérique de santé comprenne des services informant les usagers sur les droits auxquels ils peuvent prétendre. Je demande donc le retrait de cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

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

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

M. le président. L'amendement n° 577 est retiré.

L'amendement n° 326, présenté par Mmes Cohen, Apourcaeu-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 15

Après la seconde occurrence du mot :

soins

insérer les mots :

, les tarifs de soins

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Le présent amendement, suggéré par l'association Aides, vise à élargir le champ des informations disponibles pour les usagers sur l'espace numérique de santé, afin qu'ils puissent avoir connaissance de leurs droits, mais aussi introduire des contentieux, en cas de refus de soins.

Les refus de soins touchent fortement les plus précaires, en premier lieu les personnes étrangères. Comme l'a souligné récemment le Défenseur des droits, en France, les conditions d'accès aux soins se dégradent pour les étrangers, en raison notamment d'une suspicion qui rend plus difficile l'exercice de leurs droits par les personnes malades étrangères, avec des refus de soins directs, c'est-à-dire des refus de prise en charge, ou indirects, par la limitation des horaires de rendez-vous ou la demande de justificatifs administratifs supplémentaires.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement portant sur le contenu des espaces numériques de santé est satisfait. Il est déjà prévu, en effet, que l'espace numérique de santé comprenne des services informant les usagers sur l'offre de soins disponible. La commission demande le retrait de cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Je retire l'amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 326 est retiré.

L'amendement n° 183 rectifié, présenté par MM. J. Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllegatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévillle et Tocqueville, MM. Sueur, Montaugé, Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mmes Artigalas et Conconne, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Courteau et Temal et Mme Monier, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 16

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Un outil permettant à l'assuré situé dans une zone définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 de saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire, dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

La parole est à Mme Viviane Artigalas.

Mme Viviane Artigalas. L'espace numérique de santé doit être un dispositif au service des citoyens et de l'exercice de leur droit à un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Cet amendement vise à intégrer à l'ENS un outil permettant à l'assuré de saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant disponible puisse lui être proposé.

Le nouvel espace numérique de santé doit constituer un véritable outil pour l'usager-citoyen, celui qui vit en zone sous-dense notamment, et non une simple bibliothèque de données.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'avis est le même que pour l'amendement précédent : cet amendement est satisfait.

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° 183 rectifié.

(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° 736, présenté par Mme Grelet-Certenais, MM. Jomier et Daudigny, Mme 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, Prévillle 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 16

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Ses directives anticipées dans les conditions mentionnées à l'article L. 1111-11.

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. La loi Claeys-Leonetti de février 2016 a posé le principe des directives anticipées : toute personne majeure et capable peut y exprimer ses volontés relatives à sa fin de vie. Elle peut ainsi indiquer qu'elle s'oppose à ce que des traitements et des actes médicaux lui soient administrés ou qu'elle souhaite qu'ils soient limités ou arrêtés, ou au contraire qu'ils soient poursuivis.

Cette loi a surtout posé le principe de la force contraignante des directives anticipées pour le médecin, sauf urgence vitale et caractère manifestement inapproprié ou non-conformité des instructions du patient à sa situation médicale, ce qui constitue l'une des innovations les plus marquantes de ce texte.

Ces directives seront révisables ou révocables par la personne à tout moment. Un modèle type facultatif de mise en œuvre de cette mesure a même été proposé dans les textes réglementaires.

Selon un sondage, à la fin de 2017, environ 15 % de nos concitoyens avaient rédigé des directives anticipées en prévision de leur fin de vie. Si ce chiffre est en hausse ces dernières années, le dispositif demeure méconnu, et les barrières psychologiques, lorsqu'il s'agit de penser sa propre mort, restent importantes.

Les directives anticipées sont pourtant essentielles pour assurer le respect de la volonté de la personne et elles représentent un soutien pour les proches en cas de besoin. Elles peuvent éviter des conflits familiaux lourds de conséquences.

C'est pourquoi nous proposons d'inclure les directives anticipées définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique dans l'espace numérique de santé.

M. le président. L'amendement n° 572, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet,

Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 16

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Ses directives anticipées lorsque celles-ci sont inscrites au dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14 du présent code.

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Ainsi que M. le rapporteur a eu l'occasion de l'indiquer en commission, l'absence de directives anticipées peut avoir des conséquences dramatiques – l'actualité nous le rappelle tragiquement – pour un patient atteint de lésions cérébrales graves et son entourage.

À nos yeux, l'espace numérique de santé peut-être un moyen, pour les usagers, de consulter leurs directives anticipées. En effet, aux termes du code de la santé publique, l'existence de directives anticipées doit être régulièrement rappelée à leur auteur. Lorsque celles-ci sont inscrites au DMP, elles doivent figurer dans l'espace numérique de santé accessible à l'utilisateur, qui pourra ainsi les actualiser ou tout simplement, les rédiger.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Ces amendements sont satisfaits. En effet, aux termes de l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, les directives anticipées ont vocation à figurer dans le dossier médical partagé, qui est lui-même un élément constitutif de l'espace numérique de santé, comme le précise l'article 12 du projet de loi.

La commission sollicite donc le retrait de ces amendements. À défaut, l'avis serait défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ainsi que M. le rapporteur vient de le souligner, on peut déjà rédiger les directives anticipées dans le DMP, où existe un espace dédié. Les amendements sont donc satisfaits.

M. le président. Madame Grelet-Certenais, l'amendement n° 736 est-il maintenu ?

Mme Nadine Grelet-Certenais. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 736 est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 572, monsieur Théophile ?

M. Dominique Théophile. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 572 est retiré.

L'amendement n° 808, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 17, première phrase

Remplacer la deuxième occurrence du mot :

mentionnés

par le mot :

élaborés

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 808.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 595, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 17, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

II. – Alinéa 27, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

III. – Après l'alinéa 28

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La conception et la mise en œuvre de l'espace numérique de santé, ainsi que les référentiels, labels et normes mentionnés au III de l'article L. 1111-13-1, tiennent compte des difficultés rencontrées par certaines catégories de personnes pour l'accès à internet ou l'utilisation des outils informatiques et numériques. »

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Cet amendement a pour objet de garantir que la conception de l'espace numérique de santé prendra en compte les difficultés que certains publics pourraient éprouver pour y accéder.

La lutte contre la facture numérique est l'une des priorités du Gouvernement. Nous proposons donc d'inscrire dans la loi un cadre de mise en œuvre de l'espace numérique de santé, afin de nous assurer que chaque usager pourra bénéficier de tous les avantages que l'espace numérique de santé offrira.

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

M. Alain Milon, rapporteur. À nos yeux, la rédaction proposée ferait disparaître la nécessité, pour les services ou outils numériques référencés dans l'espace numérique de santé, de comporter des mesures leur permettant d'être accessibles aux publics handicapés. En effet, le texte de la commission interdit explicitement toute discrimination fondée sur la localisation géographique, les revenus ou le handicap. Il nous semble préférable de conserver une telle mention.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 595.

(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° 809, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 17

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les services et outils numériques référencés ne peuvent accéder aux données de l'espace numérique de santé du titulaire qu'avec l'accord exprès de celui-ci, dûment informé des finalités et des modalités de cet accès lors de l'installation de ces services et outils et qu'à des fins de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour une durée de conservation strictement proportionnée à ces finalités.

II. – Alinéa 24

Compléter cet alinéa par les mots :

, à l'exception des contrats relatifs aux services et outils numériques référencés en application du III du présent article.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à permettre l'accès aux données de l'espace numérique de santé pour les services et outils numériques intervenant dans le cadre du parcours de soins.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 809.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 754, présenté par Mme Grelet-Certenais, MM. Jomier et Daudigny, Mme 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. Houllegatte 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 :

Alinéa 24

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La communication de tout ou partie des données de l'espace numérique de santé ne peut être exigée du titulaire de cet espace lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à l'espace numérique de santé ne peut également être exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application.

Du fait de l'adoption de l'amendement n° 809, cet amendement n'a plus d'objet.

Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 724 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Grelet-Certenais, MM. Jomier et Daudigny, Mme Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes Van Heghe, 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. Houllegatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mme 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, est ainsi libellé :

Alinéa 25

1° Au début, insérer une phrase ainsi rédigée :

La personne mineure peut disposer, à partir de 15 ans, d'un accès personnel à l'espace numérique de santé ouvert à son nom.

2° Remplacer les mots :

Une personne mineure peut s'opposer à la saisie par les mots :

Le praticien est dans l'obligation de demander à la personne mineure son consentement à l'inscription

3° Compléter cet alinéa par les mots et une phrase ainsi rédigée :

en lui exposant l'utilité de l'espace numérique de santé et le droit d'accès du tuteur légal. Le refus du mineur entraîne la non-inscription des données de santé afférentes.

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. La commission des affaires sociales a prévu qu'il faudrait recueillir le consentement du mineur pour inscrire des données dans son espace numérique de santé, mais, dans sa rédaction actuelle, le texte présuppose que le mineur connaît son droit à refuser cette inscription. Nous estimons que le professionnel de santé devra lui préciser qu'il peut refuser l'inscription de données dans son espace de santé.

M. le président. L'amendement n° 407 n'est pas soutenu.

Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 109 rectifié *bis* est présenté par Mmes Lassarade, Deseyne et Micouveau, MM. Brisson, Vogel et Morisset, Mme Gruny, MM. Panunzi et Sol, Mmes Deromedi et Morhet-Richaud, M. Genest, Mmes Bruguière et Bonfanti-Dossat, MM. Mouiller et Rapin, Mmes Thomas et Chain-Larché, MM. Piednoir et Pellevat, Mmes Imbert et Deroche, M. Bouloux, Mme L. Darcos et MM. Laménie et Gremillet.

L'amendement n° 575 est 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.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 25

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« – La personne mineure peut disposer, à partir de l'âge de quinze ans, avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale, d'un accès personnel à l'espace numérique de santé ouvert à son nom.

« Sont exclues de l'espace numérique de santé de la personne mineure les données de santé relatives à une prise en charge effectuée dans le cadre des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

La parole est à Mme Chantal Deseyne, pour présenter l'amendement n° 109 rectifié *bis*.

Mme Chantal Deseyne. Cet amendement est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Théophile, pour présenter l'amendement n° 575.

M. Dominique Théophile. Cet amendement vise à faire en sorte que les mineurs de 15 ans puissent accéder seuls à leur espace numérique de santé dès lors qu'ils auront recueilli l'accord des titulaires de l'autorité légale.

Comme vous le savez, pour certains actes, les mineurs peuvent exercer un droit à la confidentialité, y compris à l'égard de leurs parents. Les médecins et les sages-femmes doivent respecter ce droit si la sauvegarde de la santé du patient est en jeu. Dans cette éventualité, les parents du patient ne doivent pas pouvoir être informés *via* l'espace numérique de santé. Par conséquent, si l'on veut que ce droit à la confidentialité soit respecté, il faut permettre à ces patients d'accéder à l'espace numérique par eux-mêmes, avec l'accord de leurs parents.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Ces trois amendements portent sur les conditions d'accès des mineurs à leur espace numérique de santé et sur la confidentialité des données les concernant.

La confidentialité des données relatives aux prises en charge des mineurs dans le cadre d'un parcours de santé sexuelle et reproductive est préservée par les dispositions plus complètes qui ont été introduites dans le texte de la commission. La recherche du consentement du mineur au partage de ces informations sensibles est déjà prévue par les articles du code de la santé publique encadrant les parcours de santé sexuelle et reproductive.

Par ailleurs, les auteurs de ces amendements proposent tantôt un accès partagé des mineurs à leur espace numérique de santé ou supervisé par les parents, tantôt un accès autonome et direct, sans nécessairement l'accord des parents. En l'état actuel du projet de loi, une personne mineure pourra toujours disposer d'un accès direct à son espace numérique de santé avec l'accord de ses parents. Les amendements identiques n° 109 rectifié *bis* et 575 sont donc satisfaits sur ce point.

En revanche, s'il s'agit de permettre un accès autonome et exclusif du mineur de plus de 15 ans à son espace numérique de santé sans l'autorisation des parents, il faudrait prévoir une dérogation non seulement à la loi du 6 janvier 1978, mais également à plusieurs principes inscrits dans le code de la santé publique, aux termes duquel les droits des mineurs sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale, comme à l'occasion du consentement aux soins. Dans ce cadre, les mineurs participent à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur degré de maturité. Il n'apparaît pas pertinent d'exclure les parents de l'accès à certaines informations contenues dans l'espace numérique de santé, dans la mesure où ils sont responsables de la santé de leurs enfants jusqu'à leurs 18 ans, en vertu de l'article 371-1 du code civil. L'adoption de l'amendement n° 724 rectifié ne permettrait pas aux parents d'exercer cette responsabilité.

Par conséquent, à défaut de retrait, l'avis de la commission sera défavorable sur les trois amendements.

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° 724 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Madame Deseyne, l'amendement n° 109 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Chantal Deseyne. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 109 rectifié *bis* est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 575, monsieur Théophile ?

M. Dominique Théophile. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 575 est retiré.

L'amendement n° 527 rectifié, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mmes Grelet-Certenais, Harribey et Perol-Dumont, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 28

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après l'article L 1111-13-2, il est inséré un article L 1111-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-13-... – L'espace numérique de santé comprend une plateforme de mobilité sociale et solidaire. Elle permet au patient d'obtenir la liste des moyens de transports disponibles pour se déplacer vers le professionnel de santé le plus proche. »

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. Dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou sous-dotée, dès lors qu'un patient ne trouve pas de médecin, une plateforme sera immédiatement mise à sa disposition pour obtenir les informations nécessaires à son déplacement dans une autre zone : moyens de transport disponibles, horaires en fonction de la destination...

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

M. Alain Milon, rapporteur. Des services et outils numériques seront développés et référencés dans l'espace numérique de santé pour permettre l'accès aux annuaires de transports sanitaires. Il ne paraît donc pas utile de le préciser dans la loi.

La commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis serait 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° 527 rectifié est-il maintenu ?

Mme Nadine Grelet-Certenais. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 527 rectifié est retiré.

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote sur l'article 12.

Mme Laurence Cohen. Après le virage ambulatoire, voici le virage numérique !

Chacun pourra construire son parcours de santé. C'est important, car cela donne une certaine autonomie. Toutefois, avec une telle individualisation, on omet le fait que nombre de Françaises et de Français renoncent aujourd'hui aux soins pour des raisons financières ; ils auront donc

beaucoup de difficultés à « construire » leur parcours de santé ! J'attire une nouvelle fois l'attention de Mme la ministre sur ce point.

Par ailleurs, les conditions d'accès aux données personnelles des mineurs par leurs représentants légaux prévues par le texte ouvrent la possibilité d'exiger le secret médical. Il me paraît primordial de bien préciser les choses dans le cadre de l'ENS. En l'occurrence, la rédaction est tout à fait satisfaisante.

En outre, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, déposé par le député Pierre Dharréville, du groupe Gauche démocrate et républicaine, visant à préciser que les données de l'ENS ne peuvent être exigées lors de la conclusion d'un contrat relatif à une complémentaire santé, par exemple. C'est un élément très positif pour protéger les assurés sociaux contre l'utilisation des données de santé à des fins commerciales, mais aussi de tri ou de sélection des patients par les risques. Nous apprécions cette avancée.

M. le président. Je mets aux voix l'article 12, modifié.

(L'article 12 est adopté.)

Article additionnel après l'article 12

M. le président. L'amendement n° 573, présenté par MM. Théophile, Amiel, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent, MM. Richard, Yung et Lévrier et Mme Schillinger, est ainsi libellé :

Après l'article 12

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le cinquième alinéa de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque les directives anticipées sont inscrites au dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14, un rappel de leur existence est notifié à leur auteur au moyen de l'espace numérique de santé mentionné à l'article L. 1111-13. »

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Notre amendement précédent visait à faire figurer les directives anticipées dans l'espace numérique de santé.

À présent, nous proposons de signifier l'existence de directives anticipées aux usagers par le moyen de notifications *via* l'espace numérique de santé. Lorsque ces directives anticipées seront répertoriées, le rappel de leur existence à leur auteur est une obligation légale prévue par le code de la santé publique. Nous voyons en l'espace numérique de santé un moyen simple et efficace de satisfaire à cet impératif.

C'est pourquoi nous proposons que l'existence de directives anticipées soit régulièrement notifiée à leur auteur *via* son ENS.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'intention est louable, et la commission des affaires sociales la partage pleinement, mais les fonctionnalités techniques de rappel permettant l'actualisation des directives anticipées dans le dossier médical partagé n'ont pas leur place dans la loi. Elles relèvent du cahier des charges du DMP, géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie, la CNAM.

La commission demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi l'avis serait défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. Dominique Théophile. Je retire mon amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 573 est retiré.

Article 12 bis (Non modifié)

Au premier alinéa de l'article L. 1111-23 du code de la santé publique, après la référence : « L. 4211-1 », sont insérés les mots : « et des dispositifs médicaux implantables ». – (Adopté.)

Article additionnel après l'article 12 bis

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 34 rectifié *bis* est présenté par MM. Bonne et Henno, Mmes Malet, M. Mercier et Puissat, M. Bascher, Mme Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mmes Bruguière, Chauvin, L. Darcos et Deromedi, M. Détraigne, Mmes Deroche, Di Folco et Estrosi Sassone, MM. B. Fournier, Hugonet, Karoutchi et Laménie, Mme Lassarade, MM. Lefèvre, Genest et Mayet, Mme Morhet-Richaud, MM. Morisset, Mouiller, Moga, Pellevat, Perrin, Raison, Babary, Savary, Cuypers et Rapin, Mme A.M. Bertrand, MM. Longeot, Bouloux, Charon, Sido et J.M. Boyer, Mme Lamure et M. Gremillet.

L'amendement n° 164 rectifié *bis* est présenté par M. Dériot, Mme Imbert, MM. Milon, Gilles, Bonhomme, Revet et Mandelli et Mme Deseyne.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 12 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au troisième alinéa de l'article L. 1111-23 du code de la santé publique, après le mot : « invalides, » sont insérés les mots : « ou le pharmacien biologiste médical » et le mot : « , peut » est remplacé par le mot : « peuvent ».

La parole est à Mme Viviane Malet, pour présenter l'amendement n° 34 rectifié *bis*.

Mme Viviane Malet. Cette mesure, déjà adoptée lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, avait été censurée par le Conseil constitutionnel, qui l'avait considérée comme un cavalier social.

Pouvoir accéder au dossier pharmaceutique serait extrêmement utile au pharmacien biologiste médical, car les traitements suivis par les patients peuvent influencer les résultats des examens de biologie médicale et avoir des conséquences sur l'expertise du biologiste.

Rappelons que les médecins biologistes et les médecins des établissements de santé ont accès au dossier pharmaceutique, contrairement aux pharmaciens biologistes de ces mêmes établissements.

M. le président. La parole est à M. Gérard Dériot, pour présenter l'amendement n° 164 rectifié *bis*.

M. Gérard Dériot. Il est défendu.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Comme l'a rappelé Mme Malet, nous avons adopté le même dispositif lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, l'accès au dossier pharmaceutique permettant au pharmacien biologiste médical de savoir si le patient suit un traitement susceptible d'influer sur les résultats de ses examens de biologie médicale. À l'époque, le Gouvernement avait émis un avis favorable, mais le Conseil constitutionnel avait censuré cette mesure. Nous la réintroduisons donc aujourd'hui, considérant qu'il s'agit cette fois du bon véhicule législatif.

La commission émet un avis favorable sur ces deux amendements identiques.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable.

Aujourd'hui, le dossier pharmaceutique est créé par les pharmaciens d'officine pour gérer les interactions médicamenteuses et connaître les traitements en cours. Je comprends que l'on puisse souhaiter ouvrir son accès aux pharmaciens biologistes, mais il faudrait alors l'ouvrir également aux médecins biologistes.

M. Gérard Dériot. C'est déjà le cas !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Non. Lorsqu'il y aura une interconnexion entre le dossier pharmaceutique et le DMP, ce qui n'est pas encore le cas, les médecins accéderont effectivement au dossier pharmaceutique. Pour l'instant, le dossier pharmaceutique est accessible uniquement dans les pharmacies d'officine. Si on le rend accessible aux pharmaciens biologistes, il faudra faire de même pour les médecins biologistes et, partant, à tous les médecins, y compris les généralistes.

Nous préférons attendre l'agrégation du dossier pharmaceutique au DMP. Alors, tout le monde y aura accès.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 34 rectifié *bis* et 164 rectifié *bis*.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 12 *bis*.

Article 12 *ter* A **(Non modifié)**

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2 du code de la sécurité sociale, la référence : « et L. 165-1 » est remplacée par les références : « , L. 165-1 et L. 165-11 ». – *(Adopté.)*

Article 12 *ter*

- ① 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 relative à l'identification et à l'authentification des usagers du système de santé, y compris pour les personnes n'ayant pas d'identifiant national de santé, des personnes physiques ou morales en charge d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social et des personnes exerçant sous leur autorité, en vue de diversifier, notamment de dématérialiser, les moyens techniques de leur identification et de

leur authentification et de les adapter aux différentes situations d'usage dans les systèmes d'information de santé et d'assurance maladie et leurs services dématérialisés, afin d'accompagner le développement des usages numériques en santé et la mobilité des professionnels de santé.

- ② 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. – *(Adopté.)*

Article 12 *quater*

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le troisième alinéa de l'article L. 1111-14 est ainsi rédigé :
- ③ « Le dossier médical partagé est ouvert automatiquement, sauf opposition de la personne ou de son représentant légal. La personne ou son représentant légal est informée de l'ouverture de ce dossier, des conditions de son fonctionnement et des modalités de sa clôture. La personne concernée ou son représentant légal est également informée des modalités d'exercice de son droit d'opposition préalablement à l'ouverture du dossier médical partagé. » ;
- ④ 2° Au second alinéa de l'article L. 1111-21, les mots : « recueil du consentement » sont remplacés par les mots : « l'information des titulaires sur l'ouverture de leur dossier et sur les modalités d'exercice de leur droit d'opposition à cette ouverture et de leur droit de clôturer à tout moment leur dossier ».
- ⑤ II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par voie réglementaire et au plus tard le 1^{er} juillet 2021.

M. le président. L'amendement n° 726 rectifié, présenté par Mme Grelet-Certenais, MM. Jomier et Daudigny, Mme Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Rossignol, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes Van Heghe, M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérith-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, Prévile et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. Par cohérence avec notre refus de l'automatisme à l'article 12, nous proposons de supprimer l'article 12 *quater*, relatif aux conditions d'ouverture d'un dossier médical partagé pour toute personne née à compter du 1^{er} janvier 2021. Il s'agit là encore de maintenir le principe du consentement pour l'ouverture d'un DMP, tel que prévu à l'article L. 1011-14 du code de la santé publique.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Par cohérence, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 726 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 591, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au premier alinéa de l'article L. 1111-14, les mots : « peuvent disposer » sont remplacés par les mots : « disposent » ;

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Pour que le dossier médical partagé soit utile aux pouvoirs publics, il est nécessaire d'en généraliser l'utilisation. À défaut, nous risquerions de voir apparaître un système à deux vitesses. Le DMP doit donc être généralisé à tous les usagers. Bien entendu, le patient aura toujours la possibilité de s'opposer à la création du sien.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis favorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 591.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 12 *quater*, modifié.

(L'article 12 quater est adopté.)

Article 12 *quinquies*

① I. – *(Non modifié)* La section 3 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

② 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1111-15, après le mot : « consultation », sont insérés les mots : « , à l'exception de ceux réalisés dans le cadre de la médecine du travail » ;

③ 2° Le troisième alinéa de l'article L. 1111-18 est ainsi rédigé :

④ « Dans le cadre de la médecine du travail, le dossier médical partagé est accessible uniquement pour y déposer des documents. »

⑤ II. – L'article L. 4624-8 du code du travail est ainsi modifié :

⑥ 1° À la première phrase, après la première occurrence du mot : « travail », sont insérés les mots : « intégré au dossier médical partagé » ;

⑦ 2° La deuxième phrase est ainsi rédigée : « Ce dossier est accessible aux professionnels de santé mentionnés aux articles L. 1111-16 et L. 1111-17 du code de la santé publique ainsi qu'aux professionnels de santé habilités des établissements de santé, sauf opposition de l'intéressé. » ;

⑧ 3° À la dernière phrase, les mots : « du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « du même code ».

⑨ III. – Les I et II entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2021.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Gréaume, sur l'article.

Mme Michelle Gréaume. Cet article vise à permettre l'accès au dossier médical partagé aux professionnels de la santé au travail. Notre groupe considère qu'une telle mesure favorisera la reconnaissance et l'élimination des maladies professionnelles.

Je voudrais rappeler les chiffres des maladies professionnelles dans notre pays, issus du rapport de notre collègue député Pierre Dharréville.

Entre 5 % et 15 % des 300 000 nouveaux cancers constatés en France chaque année, soit entre 15 000 et 45 000 cas, sont dus à une exposition professionnelle. Or seulement 2 000 cas sont finalement reconnus comme tels. Cela s'explique en partie par l'absence d'intérêt à engager une procédure longue et complexe, ou encore par un manque de formation du médecin traitant.

Ainsi, pour bien couvrir l'ensemble de la population active par le système de santé au travail, des moyens de suivi des salariés tout au long de leur parcours professionnel et de traçabilité des risques et des expositions doivent être mis en œuvre. Cela passe par la transmission d'informations entre médecins du travail et médecine de ville.

En outre, dans le cadre de la médecine du travail, le dossier médical partagé sera accessible uniquement pour y déposer des documents. L'intérêt du suivi de la santé des salariés est donc préservé, et le secret médical respecté.

Le dossier médical partagé semble devoir être un bon outil de prévention pour viser l'élimination des maladies professionnelles s'il est ouvert aux professionnels de la santé du travail.

M. le président. L'amendement n° 596, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung, est ainsi libellé :

Alinéa 7

1° Remplacer la référence :

L. 1111-16

par les références :

L. 1111-15, L. 1111-16

2° Remplacer les mots :

habilités des établissements de santé, sauf opposition

par les mots :

des hôpitaux des armées, après consentement

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Cet amendement vise simplement à corriger la rédaction du texte, de sorte que le service de santé des armées puisse également accéder au dossier médical en santé au travail. En effet, le service de

santé des armées étant un service de l'État, et non un établissement de santé, il est exclu du champ d'application du texte tel que rédigé actuellement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les auteurs de l'amendement renversent la logique de l'accès des professionnels de santé au dossier médical en santé au travail, puisque cet accès serait toujours conditionné au consentement préalable de l'intéressé. Or l'article 12 *quinquies* a pour objet une meilleure interconnexion entre la médecine du travail et la médecine de ville en la facilitant, sauf opposition de l'intéressé.

Par conséquent, faute de retrait, l'avis de la commission serait défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 596.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 12 *quinquies*.

(L'article 12 quinquies est adopté.)

Article 12 *sexies* (nouveau)

① Après l'article L. 1111-21 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-21-1 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 1111-21-1.* – La collecte, l'échange ou le partage des données de santé à caractère personnel nécessaires à la prise en charge du patient à l'occasion de soins délivrés lors de sa présence sur le territoire d'un autre État membre de l'Union européenne peuvent être réalisés au moyen du dossier médical partagé rendu accessible aux professionnels intervenant dans le cadre de ces soins, dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les modalités d'échange de données de santé à caractère personnel nécessaires à la prise en charge transfrontalière et les exigences d'identification et d'authentification des professionnels habilités et de consentement du patient. Un arrêté du ministre chargé de la santé établit la liste des États remplissant les conditions prévues par ce décret. »

M. le président. L'amendement n° 213 rectifié *bis*, présenté par Mme Berthet, MM. Bonne, Sol, Mouiller et Pierre, Mme Puissat, M. Pellevat, Mme Noël, M. Mandelli, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, M. B. Fournier, Mmes Bonfanti-Dossat et Bruguière, MM. Segouin, J. M. Boyer, Duplomb et Bonhomme, Mme Deroche, M. Laménie, Mme Lamure et M. Sido, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après le premier alinéa de l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le titulaire bénéficie au sein de son dossier médical partagé d'un carnet de prévention permettant d'alerter les professionnels de santé habilités sur les risques de développement des maladies chroniques et d'entreprendre une prise en charge préventive et adaptée afin de réduire ces risques. »

La parole est à Mme Martine Berthet.

Mme Martine Berthet. Le dossier médical partagé, tel qu'il est défini dans le code de la santé publique, a été créé pour « favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins ». Cependant, aucun dispositif numérique de prévention n'a été intégré dans cet outil, alors que le présent texte tend précisément à renforcer ce volet, dans la droite ligne des orientations du plan « Ma santé 2022 », et que la prévalence des maladies chroniques dues au vieillissement de la population ne cesse d'augmenter.

Nous proposons donc d'intégrer au DMP de chaque patient un carnet de prévention électronique.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'article R. 1111-30 du code de la santé publique dispose déjà que le DMP contient les données relatives à la prévention, afin de servir la coordination, la qualité et la continuité des soins.

Par ailleurs, des services et outils numériques comme des applications de santé pourront également être développés et référencés pour être intégrés à l'espace numérique de santé, afin d'accompagner l'utilisateur et les professionnels de santé dans leur démarche de prévention.

Au regard de ces éléments, la commission demande le retrait de cet amendement. Sinon, l'avis sera défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Berthet, l'amendement n° 213 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Martine Berthet. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 213 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 12 *sexies*.

(L'article 12 sexies est adopté.)

Chapitre III

DÉPLOYER PLEINEMENT LA TÉLÉMÉDECINE ET LES TÉLÉSOINS

Article 13

① I. – Le livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° À l'intitulé, le mot : « télémédecine » est remplacé par le mot : « télésanté » ;

③ 2° À l'intitulé du titre I^{er}, le mot : « télémédecine » est remplacé par le mot : « télésanté » ;

④ 3° L'intitulé du chapitre VI du même titre I^{er} est ainsi rédigé : « Télésanté » ;

⑤ 4° Au début du même chapitre VI, est insérée une section 1 intitulée : « Télémédecine » et comprenant l'article L. 6316-1 ;

⑥ 4° *bis* Après le mot : « rapport », la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6316-1 est ainsi rédigée : « un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient, et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. » ;

⑦ 5° Le chapitre VI est complété par une section 2 ainsi rédigée :

- 8 « Section 2
- 9 « **Télésoin**
- 10 « Art. L. 6316-2. – Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l’information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l’exercice de leurs compétences prévues au présent code.
- 11 « Les activités de télésoin sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis porte notamment sur les conditions de réalisation du télésoin permettant de garantir leur qualité et leur sécurité ainsi que sur les catégories de professionnels y participant.
- 12 « Les conditions de mise en œuvre des activités de télésoin sont fixées par décret en Conseil d’État. »
- 13 II. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 14 1^o Le 1^o du I de l’article L. 162-14-1 est complété par trois phrases ainsi rédigées : « La ou les conventions définissent également, le cas échéant, les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l’article L. 6316-2 du même code. Les activités de télésoin prises en charge par l’assurance maladie mettent en relation un auxiliaire médical et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d’un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le télésoin ; l’activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n’est pas prise en charge dans le cadre du télésoin ; »
- 15 2^o La sous-section 3 de la section 1 est complétée par un article L. 162-15-5 ainsi rédigé :
- 16 « Art. L. 162-15-5. – Les conditions de prise en charge des activités de télésoin prévues au 1^o de l’article L. 162-14-1 sont fixées par décret en Conseil d’État. » ;
- 17 3^o L’article L. 162-16-1 est ainsi modifié :
- 18 a) Après le 14^o, il est inséré un 15^o ainsi rédigé :
- 19 « 15^o Les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin définies en application de l’article L. 6316-2 du code de la santé publique. Les activités de télésoin prises en charge par l’assurance maladie mettent en relation un pharmacien et un patient et sont effectuées par vidéotransmission. Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d’un premier soin ou bilan de médication par un pharmacien ; l’activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n’est pas prise en charge dans le cadre du télésoin. » ;
- 20 b) Au vingt et unième alinéa et à la première phrase de l’avant-dernier alinéa, la référence : « au 13^o » est remplacée par les références : « aux 13^o à 15^o » ;
- 21 4^o Après l’article L. 162-16-1-2, il est inséré un article L. 162-16-1-3 ainsi rédigé :

- 22 « Art. L. 162-16-1-3. – Les conditions de prise en charge des activités de télésoin prévues au 15^o de l’article L. 162-16-1 sont fixées par décret en Conseil d’État. »

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l’article.

Mme Laurence Cohen. L’article 13 crée et définit le « télésoin », qui est le pendant et le complémentaire de la télé-médecine.

Le télésoin est pensé comme une réponse, notamment, à la problématique des déserts médicaux, en ce qu’il permet aux pharmaciens et aux auxiliaires médicaux de réaliser certains actes. Si cette pratique de soins à distance utilisant les technologies de l’information et de la communication correspond à l’évolution des sciences, nous craignons qu’il n’y soit recouru pour pallier le manque de professionnels de santé.

Prenons garde à ne pas faire émerger un monde où le contact humain et la présence rassurante d’un professionnel de santé ne seraient plus tenus pour importants, où le patient serait laissé seul face à son écran, où la médecine deviendrait en somme virtuelle !

D’ailleurs, nous avons déjà eu ce débat lors de l’examen du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale. Certains d’entre nous avaient alors déposé un amendement visant à expérimenter la « téléorthophonie ». En tant qu’orthophoniste de profession, j’avais alerté sur le risque d’absence de lien avec le patient. Mme la ministre avait indiqué qu’une telle expérimentation était sans doute prématurée et que d’autres professionnels pouvaient être également concernés.

Je m’interroge donc : une expérimentation concernant une seule profession était jugée prématurée au mois de novembre ; six mois plus tard, sa généralisation à quatorze professions ne l’est plus ! Madame la ministre, pouvez-vous nous dire quel travail a été effectué pour faire aboutir la réflexion aussi rapidement ?

Par ailleurs, je voudrais souligner une limite du futur dispositif. Si une première consultation en cabinet sera obligatoire pour la prise en charge d’un acte par l’assurance maladie, ce qui nous semble effectivement représenter une garantie minimale, je crains qu’il ne soit compliqué dans les faits de l’assurer, puisque, précisément, les professionnels de santé concernés font défaut. S’il faut attendre plusieurs mois pour obtenir un premier rendez-vous « en chair et en os » avant de pouvoir passer au télésoin, cela risque d’amoin-drir la portée de la mesure. Par conséquent, nous nous abstenons sur l’article.

M. le président. La parole est à M. Dominique Théophile, sur l’article.

M. Dominique Théophile. Le télésoin est l’une des solutions qu’offre la technologie pour pallier le déficit de soignants que nous allons nécessairement connaître pendant environ dix à quinze ans.

Précisément, l’article 13 définit le télésoin. Celui-ci met en rapport un patient avec un auxiliaire de santé ou un pharmacien et intervient en complément de la télé-médecine, qui, elle, est réservée aux professions médicales.

En effet, si la majorité des actes nécessitent un contact direct entre le soignant et le patient, certains peuvent faire l’objet de consultations à distance. C’est le cas pour l’orthophonie, l’orthoptie ou encore l’accompagnement des effets

secondaires de la chimiothérapie par les infirmiers. Le déploiement du télésoin présente l'avantage de réduire les délais pour la prise de rendez-vous chez un professionnel de santé, ainsi que les déplacements du patient.

La mise en œuvre du dispositif de cet article permettra de ne plus circonscrire cette pratique à la télé-médecine et de donner un cadre légal au télésoin, qui est ainsi appelé à monter en puissance pour moderniser notre offre de soins.

En outre-mer, la télé-médecine est l'avenir ! Elle permet de gagner en réactivité et en qualité dans la prise en charge d'un patient, en obtenant un avis médical immédiat sur sa situation. Elle favorise également la coopération hospitalière, en mettant facilement en relation des spécialistes, sans qu'il soit besoin de les faire se déplacer. On peut évoquer le cas de la Polynésie française, avec ses 118 îles, ou les communes guyanaises situées en forêt amazonienne.

Madame la ministre, si la télé-médecine doit devenir une solution pour lutter contre les déserts médicaux et favoriser l'accès aux soins dans les outre-mer, son déploiement se heurte néanmoins à plusieurs problèmes d'ordre pratique. Outre la nécessité de posséder un ordinateur doté d'une webcam, il faut aussi être familiarisé avec internet, ce qui n'est pas forcément le cas, notamment, des personnes âgées. Par ailleurs, de nombreuses zones du territoire ne sont pas couvertes par un réseau. Ce sont souvent ces mêmes zones qui souffrent d'une pénurie de professionnels de santé.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

M. Yves Daudigny. Le dispositif de cet article, qui vise à donner un cadre juridique au télésoin et à permettre qu'il puisse être largement déployé, s'inscrit dans la droite ligne des discussions que nous avons eues à l'occasion de l'examen des deux derniers projets de loi de financement de la sécurité sociale.

À l'instar de l'ensemble des solutions ouvertes par le virage du numérique en santé, le télésoin va permettre d'apporter des réponses complémentaires à un certain nombre de problématiques, comme celles qui sont liées à l'accès aux soins ou à la libération de temps médical. Mais, comme je l'ai indiqué lors de la discussion générale, s'il est potentiellement riche de progrès, le développement du télésoin expose à des dérives. Prenons garde à ce qu'il reste bien un ingrédient du parcours de soins coordonné, et qu'il ne s'y substitue pas. Il ne serait pas acceptable que le développement du télésoin revienne à mettre en œuvre un système de soins où certains verraient un médecin en phase 2 tandis que d'autres n'auraient droit qu'à une consultation par écran interposé. Il ne serait pas acceptable qu'il participe au renforcement des différentes inégalités qui traversent encore, malheureusement, notre société et notre pays.

Si nous sommes évidemment pour le développement du télésoin, nous veillerons à ce qu'il n'aboutisse pas à l'émergence d'une médecine à deux vitesses.

M. le président. La parole est à M. Marc Laménie, sur l'article.

M. Marc Laménie. Ayant siégé au sein de la commission des affaires sociales de 2007 à 2014, période qui a notamment vu le vote de la loi HPST, je salue le travail et le dévouement de ses membres, et particulièrement de son président, M. Alain Milon.

Sur cet article relatif à la télé-médecine, je rejoins les interventions précédentes. Notre société évolue souvent beaucoup trop vite. De nouvelles dispositions sont prises, mais l'accès au numérique n'est pas si simple et reste variable d'un département à l'autre. Dans le département que je représente, celui des Ardennes, il y a encore beaucoup à faire en matière de numérique et de télé-médecine.

Par ailleurs, la présence de nos professionnels de santé, dont il est beaucoup question, demeure également une priorité. C'est pourquoi je reste particulièrement prudent, même si je voterai cet article 13, car je fais confiance à mes collègues de la commission des affaires sociales. De surcroît, Mme la ministre a apporté dans ses interventions des précisions sur les différents enjeux. Elle connaît bien le département que je représente.

Certes, il faut combattre les déserts médicaux, mais rien ne remplace la présence des professionnels de santé en matière d'écoute et de conseils. Certains de mes collègues ont parlé d'une médecine à deux vitesses. Restons prudents, car les enjeux sont importants. Quoi qu'il en soit, je suivrai la commission.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 123 rectifié *bis* est présenté par Mme Deseyne, M. Savary, Mmes Lassarade et Micouveau, MM. Longuet et Danesi, Mmes Moramedi, Morhet-Richaud, Gruny et Puissat, MM. Morisset et Brisson, Mmes L. Darcos et Bruguière, MM. Lefèvre, del Picchia, Poniatowski et Cuypers, Mme Raimond-Pavero, MM. Mandelli, Bonne, Pierre et Henno, Mme Guidez, MM. B. Fournier, Rapin et Piednoir, Mmes Bonfanti-Dossat et Canayer, M. Charon, Mme Chain-Larché, M. Chaize, Mme Chauvin, M. Daubresse, Mme Deroche, M. de Legge, Mmes Di Folco, Estrosi Sassone et Garriaud-Maylam, M. Genest, Mme Imbert, MM. Karoutchi, Kennel et D. Laurent, Mmes Malet et M. Mercier, MM. Meurant, Mouiller et Perrin, Mme Procaccia, MM. Revet, Raison, Sol et Saury, Mme Thomas, MM. Vogel, Longeot, Bouloux et Guené, Mme Lamure, MM. Pointereau, Laménie, Sido et J. M. Boyer, Mme de Cidrac et M. Gremillet.

L'amendement n° 382 rectifié *bis* est présenté par M. Delahaye, Mme Férat, MM. Bockel, Bonnacarrère, Laugier, Détraigne et Cazabonne, Mme Joissains, MM. Moga et Kern et Mme Billon.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6316-1, les mots : « à distance » sont remplacés par les mots : « exercée à distance sans condition de proximité entre le patient et le professionnel de santé ou entre professionnels de santé, situés sur le territoire national, et » ;

La parole est à Mme Chantal Deseyne, pour présenter l'amendement n° 123 rectifié *bis*.

Mme Chantal Deseyne. Cet amendement vise à préciser que la télé-médecine s'exerce sans condition de proximité entre le patient et le médecin.

Par définition, la télémédecine s'exerce à distance et doit être accessible à tous, sur l'ensemble du territoire. Nous sommes tous d'accord pour dire que la consultation physique est la meilleure des situations et l'objectif attendu par les patients. Mais à l'heure où certains de nos concitoyens peinent à trouver un médecin, où les urgences sont débordées, on ne peut se priver de la téléconsultation.

Introduire une notion de proximité creuserait encore plus la fracture entre les zones suffisamment dotées et les zones sous-dotées. Ce serait la double peine pour les patients des zones sous-dotées, qui n'auraient ni médecins présents sur leur territoire ni offre de télémédecine.

Par ailleurs, les craintes de plateformes étrangères ne sont pas fondées, puisque la téléconsultation est reconnue et remboursée à la condition que l'acte soit effectué par un médecin inscrit à l'ordre des médecins français.

M. le président. La parole est à M. Claude Kern, pour présenter l'amendement n° 382 rectifié *bis*.

M. Claude Kern. Ma collègue ayant très bien défendu cet amendement, je me rallie à son argumentaire.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Aux termes de l'avenant n° 6 à la convention médicale, les activités de télémédecine doivent se déployer dans le cadre d'une organisation territoriale, comme les communautés professionnelles de santé.

À défaut d'un ancrage territorial, la généralisation des plateformes nationales de téléconsultations pourrait aggraver l'éloignement physique des usagers en zones sous-denses vis-à-vis des professionnels de santé qui resteraient cantonnés derrière leur ordinateur. À cet égard, je suis étonné de certaines cosignatures de ces amendements.

Le risque qui se profile serait alors de voir des patients traités par des professionnels de santé employés par des plateformes nationales, en totale déconnexion avec les besoins du territoire.

Une plateforme de télémédecine ancrée dans un projet territorial permettra, au contraire, au patient d'être traité par un médecin qui connaîtra l'organisation territoriale de l'offre de soins et saura le diriger, lorsque c'est nécessaire, vers le masseur-kinésithérapeute ou le service hospitalier pertinent de son territoire.

Par ailleurs, la généralisation des plateformes nationales ne favoriserait pas l'attractivité des territoires peu denses en termes d'installation.

La commission demande donc le retrait de ces amendements identiques, faute de quoi elle émettrait un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'ai voulu faire entrer la téléconsultation et la télémédecine dans le droit commun au moment du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, après dix ans d'expérimentation qui n'avaient pas abouti.

J'en suis convaincue, c'est une façon d'exercer la médecine qui s'impose à nous. Elle permet de mieux orienter les malades, de gagner du temps et, parfois, de rassurer – je pense à la télémédecine dans les Ehpad, quand les infirmières sont seules la nuit. Dans de nombreuses situations, elle facilitera grandement la vie à la fois des soignants et, surtout, des usagers.

Pour autant, il ne faut pas en faire un remède miracle qui se substituerait à ce que nous souhaitons, c'est-à-dire à une médecine ancrée dans les territoires, avec des acteurs de santé qui se connaissent, qui connaissent leurs patientèles, qui coordonnent le parcours des malades, qui se parlent et qui orientent les personnes, en cas de besoin, vers un spécialiste ou vers un service d'urgence.

Il me semble que le remède miracle d'une télémédecine accessible *via* des plateformes ouvertes – c'est contre-intuitif – constituerait probablement une aggravation du ressenti actuel selon lequel la médecine s'éloignerait de plus des citoyens.

Le risque, comme l'a rappelé M. le rapporteur, c'est que, à la fin plus personne, ne veuille s'installer dans les territoires, parce que ce sera tellement plus simple d'être derrière un ordinateur !

Quand nous avons envisagé le remboursement de la télémédecine, nous avons insisté pour que cela se fasse dans un parcours coordonné avec les médecins.

La façon dont les choses fonctionnent sur le terrain est assez extraordinaire. Dans des maisons de santé pluriprofessionnelles, un médecin traitant ouvre une plage horaire de télémédecine une demi-journée par semaine. Il peut suivre certains de ses patients qui sont à distance pour adapter les traitements ou dans des cas d'urgence. C'est extrêmement efficace et rassurant, et le service rendu dans les territoires est considérable.

Il me semble que le service ne serait pas rendu de la même façon si les patients appelaient un médecin inconnu sur une plateforme. Ce n'est en tout cas vraiment pas ma vision d'une médecine ancrée dans les territoires.

Aujourd'hui, la télémédecine se développe et se déploie. Nous en sommes à peu près 1 000 consultations par semaine, mais le rythme s'accélère. Il faut en effet du temps pour former les professionnels et pour qu'ils s'approprient l'outil. Quoiqu'il en soit, les usages s'organisent, et le recours à la télémédecine est en train de connaître une hausse exponentielle. Je le dis sincèrement : les usagers y sont très favorables.

Mme Cohen m'a interpellé sur le fait qu'il n'avait pas eu d'expérimentation en ce qui concerne télésoin.

En réalité, nous avons ouvert la télémédecine aux médecins. Nous avons réussi à organiser tout cela dans le cadre de la négociation conventionnelle. Consolider cette première étape en avec les médecins nous a permis de voir que c'était faisable, que cela avait du sens pour d'autres professionnels et que nous pouvions maintenant étendre ce dispositif à des professionnels non médicaux pour le télésoin. Nous avons travaillé par étapes, en commençant par la téléconsultation et par la téléexpertise.

Un bilan de l'avenant n° 6 sur la téléconsultation devra être réalisé quant à la capacité de la télémédecine à répondre à l'objectif d'un meilleur accès aux soins ; vous recevrez évidemment un rapport sur ce sujet.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je pense avoir répondu globalement à toutes vos interrogations sur cet article. Je tenais à vous expliquer pourquoi je suis défavorable à ces deux amendements identiques.

M. le président. Madame Deseyne, l'amendement n° 123 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Chantal Deseyne. Compte tenu du nombre de signataires de cet amendement, dont plusieurs médecins, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Monsieur Kern, l'amendement n° 382 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Claude Kern. Non, au vu des différentes explications, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 382 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 123 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 205 rectifié, présenté par Mmes Delmont-Koropoulis, Deromedi et Gruny et MM. Meurant, Piednoir, Bouloux, Laménie et Segouin, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 6

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le deuxième alinéa de l'article L. 6316-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la prise en charge d'une activité de télémédecine n'est pas assurée, dans les conditions de droit commun, elle doit être prévue dans les projets territoriaux de santé dans le ressort desquels elle est déployée. Cette mesure entre en vigueur au 1^{er} janvier 2020. » ;

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Depuis la parution du décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018, relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine, qui supprime l'obligation pour les promoteurs d'activité de télémédecine de contractualiser avec les agences régionales de santé, ces activités sont dérégulées, et leurs promoteurs peuvent proposer des services qui ne répondent pas à des besoins de santé identifiés et ne s'inscrivent pas dans la logique du parcours de soins promue par la convention médicale.

Pour autant, certaines de ces initiatives, portées par des assureurs complémentaires où d'autres acteurs, peuvent présenter un réel intérêt, pour peu qu'elles soient articulées par leurs promoteurs avec les besoins territoriaux qui ont fait l'objet d'un diagnostic territorial partagé.

L'objet du présent amendement est de canaliser les initiatives des plateformes de télémédecine vers les territoires où elles seraient les plus utiles.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Aux termes de l'avenant n° 6 à la convention médicale, les activités de télémédecine doivent se déployer dans le cadre d'une organisation territoriale : il peut s'agir de communautés professionnelles de santé, d'équipes de soins primaires, de maisons de santé pluriprofessionnelles ou encore de centres de santé. Les activités de télémédecine seront donc bien conçues dans le cadre d'une réponse territoriale coordonnée.

Cet amendement semble donc satisfait. Je le trouve extrêmement judicieux, parce que je rejoins l'analyse de Mme la ministre. En outre, mes chers collègues, je voudrais vous alerter sur le fait que certains élus demandent désormais le remboursement des téléconsultations à partir de plateformes commerciales. Nous devons donc être très attentifs à ce point.

Je sollicite donc le retrait de cet amendement, qui est satisfait.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Delmont-Koropoulis, l'amendement n° 205 rectifié est-il maintenu ?

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 205 rectifié est retiré.

L'amendement n° 111 rectifié *bis*, présenté par Mmes Lassarade, Deseyne et Micouleau, MM. Brisson, Vogel et Morisset, Mme Gruny, M. Panunzi, Mmes Deromedi, Morhet-Richaud et Bruguière, M. Genest, Mme Lopez, M. Mouiller, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Pellevat et Piednoir, Mmes Chain-Larché et Thomas, M. Rapin, Mme Deroche et MM. Bouloux, Poniatowski, Laménie et Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 10, seconde phrase

Après le mot :

patient

insérer les mots :

hospitalisé ou non hospitalisé

La parole est à Mme Chantal Deseyne.

Mme Chantal Deseyne. Dans une logique d'égal accès aux soins, cet amendement vise à étendre le bénéfice du télésoin aux patients hospitalisés.

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

M. Alain Milon, rapporteur. J'examine la liste des cosignataires : cette fois, il n'y a qu'un seul médecin, en l'occurrence Mme Lassarade ! *(Sourires.)* Comme pour la télémédecine, les consultations de télésoins seront accessibles à tous les patients, quelle que soit leur mode de prise en charge, en ville ou à l'hôpital.

La commission demande donc le retrait de cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Deseyne, l'amendement n° 111 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Chantal Deseyne. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 111 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 214 rectifié *ter*, présenté par Mme Berthet, MM. Mouiller et Pellevat, Mmes Puissat et Noël, M. Mandelli, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, M. B. Fournier, Mmes Bonfanti-Dossat et Bruguière, MM. Bonhomme et J.M. Boyer, Mme Deroche, M. Duplomb, Mme Lamure et MM. Laménie, Sido et Gremillet, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 10, seconde phrase

Après les mots :

pharmaciens

insérer les mots :

exerçant dans une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur.

II. – Alinéa 19, dernière phrase

Après les mots :

d'un premier soin

insérer les mots :

, d'entretiens pharmaceutiques

La parole est à Mme Martine Berthet.

Mme Martine Berthet. La convention pharmaceutique permet aux pharmaciens d'officine de réaliser des bilans de médication, mais également des entretiens pharmaceutiques pour le suivi des patients chroniques. Ces deux activités sont complémentaires et proposées à des populations différentes.

Les bilans de médication et les entretiens pharmaceutiques doivent donc pouvoir être à l'origine d'une seconde étape de télésoin prise en charge.

Par ailleurs, il est essentiel que cette nouvelle activité de télésoin puisse être réalisée dans le cadre du parcours du soin du patient avec l'officine ou avec l'hôpital, qui lui dispense régulièrement les médicaments.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Madame Berthet, le I de l'amendement est satisfait, car le terme « pharmacien » recouvre les pharmaciens d'officine et les pharmaciens exerçant en pharmacie à usage intérieur.

Le II de l'amendement tend à rejoindre l'objectif visé au travers de l'amendement n° 11 rectifié *bis*, qui sera examiné dans quelques instants, dont la rédaction est un peu plus précise et pour lequel un avis favorable sera proposé.

Je demande donc le retrait de cet amendement, au profit de l'amendement n° 11 rectifié *bis*.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Berthet, l'amendement n° 214 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Martine Berthet. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 214 rectifié *ter* est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 184 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 et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mmes Conconne, Artigalas et Grelet-Certenais, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Kerrouche, Courteau et Temal et Mme Monier, est ainsi libellé :

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

en tenant compte des inégalités territoriales d'accès aux réseaux de communications électroniques de très haut débit

La parole est à Mme Viviane Artigalas.

Mme Viviane Artigalas. La fracture numérique ne doit pas se superposer à la problématique des déserts médicaux.

Cette fracture est toujours une réalité pour bon nombre de territoires. Les zones blanches ou faiblement couvertes cumulent bien souvent les difficultés. Elles sont les plus touchées par la désertification médicale et elles sont loin d'espérer un jour obtenir le très haut débit.

La télémédecine est une promesse nouvelle pour la ruralité, mais elle ne peut constituer l'unique réponse. Les habitants ne sont d'ailleurs pas dupes et redoutent une médecine à deux vitesses : l'une, présidentielle, réservée aux urbains, et l'autre, numérisée, pour les autres.

Enfin, si la télémédecine peut apporter une réelle plus-value et permettre de fluidifier les emplois du temps de nos médecins, il est évident que le pouvoir réglementaire doit tenir compte de l'aménagement numérique à très haut débit du territoire, seul capable de garantir un égal accès à ces nouveaux services.

M. le président. L'amendement n° 427, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, est ainsi libellé :

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

en tenant compte des inégalités territoriales dans l'accès aux réseaux de communications électroniques à très haut débit

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. Cet amendement, adopté à l'unanimité par la commission de l'aménagement du territoire, est le fruit des travaux que celle-ci mène depuis très longtemps sur les déserts médicaux et sur les inégalités de couverture numérique du territoire.

Comme l'ont rappelé de nombreux interlocuteurs lors des auditions que j'ai menées, il nous faut prendre garde à ne pas cumuler les handicaps pour les territoires ruraux en créant une santé à deux vitesses. La fracture numérique ne doit pas se superposer à la problématique des déserts médicaux.

Le présent amendement vise à prévoir que le pouvoir réglementaire tienne compte des inégalités d'accès à internet, notamment d'accès aux réseaux à très haut débit, dans le déploiement du télésoin. Les interlocuteurs que nous avons auditionnés ont rappelé que des solutions pragmatiques existaient, comme l'installation de cabines de télésanté, par exemple, dans les mairies.

Si nous souhaitons que le numérique puisse apporter une réponse au problème de la désertification médicale, il est impératif que les spécificités de ces territoires soient bien prises en compte.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Plusieurs solutions opérationnelles sont déjà prévues pour permettre aux personnes les plus éloignées du numérique à haut débit de bénéficier des téléconsultations sans qu'il soit besoin de le rappeler dans la loi.

Des dispositifs de médiation sanitaire et numérique sont déjà mis en place, notamment dans le cadre du projet Emmaüs Connect. En outre, des travaux sont actuellement

menés pour garantir, d'ici à 2020, un accès au haut débit partout sur le territoire et généraliser la couverture mobile en 4G.

Je demande donc le retrait de ces deux amendements. À défaut, j'émettrais un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Artigalas, l'amendement n° 184 rectifié est-il maintenu ?

Mme Viviane Artigalas. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 184 rectifié est retiré.

Monsieur le rapporteur pour avis, l'amendement n° 427 est-il maintenu ?

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Il s'agit d'un amendement de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Je le maintiens donc, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 427.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 528 rectifié, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mmes Grelet-Certenais et Artigalas, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 12

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

...° Le chapitre VI est complété par une section ainsi rédigée :

« Section ...

« Médecine algorithmique

« Art. L. 6316- – Une étude est élaborée par le ministère de la santé et présentée au Parlement afin d'évaluer les risques sur les données personnelles des patients et les modalités d'utilisation des plateformes algorithmiques à titre expérimental, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. »

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. Aujourd'hui, devant les difficultés à bénéficier de soins de la part du personnel médical, les patients de zones sous-dotées risquent de se tourner vers les plateformes algorithmiques. Ces dernières nous amènent à nous interroger sur les risques d'une telle utilisation à la fois sur la gestion des données personnelles et l'utilisation des données de santé récoltées en vue d'établir des diagnostics et de formuler des prescriptions.

Aussi, dans le contexte actuel, où le recours au numérique, aux nouvelles technologies et à l'intelligence artificielle se développe de plus en plus dans le domaine de la santé, il est proposé qu'une étude soit présentée au Parlement sur les conditions matérielles, les risques et l'encadrement des données des utilisateurs.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les dispositions de l'amendement n° 770 rectifié *ter* de Mme Deroche permettent de répondre de façon plus opérationnelle à l'enjeu des technologies d'intelligence artificielle dans le domaine médical en prévoyant leur encadrement par des règles de bonne pratique définies par la Haute Autorité de santé et une démarche de certification.

Je demande donc le retrait de cet amendement, au profit de l'amendement n° 770 rectifié *ter*.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

M. le président. Madame Grelet-Certenais, l'amendement n° 528 rectifié est-il maintenu ?

Mme Nadine Grelet-Certenais. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 528 rectifié est retiré.

L'amendement n° 11 rectifié *bis*, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier et Guidez et M. Capocanellas, est ainsi libellé :

Alinéa 19, dernière phrase

Après le mot :

médication

insérer les mots :

ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique,

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Cet amendement a été parfaitement défendu par ma collègue Martine Berthet.

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

M. Alain Milon, rapporteur. 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° 11 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 13, modifié.

(L'article 13 est adopté.)

Article additionnel après l'article 13

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

L'amendement n° 737, présenté par Mme Grelet-Certenais, MM. Jomier et Daudigny, Mme 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, Prévillle 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 13

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 1110-13 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La médiation numérique est la mise en capacité de comprendre et de maîtriser les technologies numériques, leurs enjeux et leurs usages. Elle procède par un accompagnement qualifié et de proximité des individus et des groupes dans des situations de formation tout au long de la vie facilitant à la fois l'appropriation des techniques d'usage des outils numériques et la dissémination des connaissances ainsi acquises. » ;

2° Aux première et deuxième phrases du deuxième alinéa, après le mot : « sanitaire », est inséré le mot : « numérique ».

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. Cet amendement vise à instaurer un principe de médiation numérique en santé pour les usagers distants des nouvelles technologies, principe particulièrement pertinent en zone rurale.

L'enquête réalisée par le Défenseur des droits montre que la dématérialisation des services publics vient simplifier l'accès aux droits de la majorité des personnes, mais que des difficultés fréquentes, qui touchent 12 % des usagers, se concentrent sur un public jeune, vulnérable ou en situation de précarité, et peu à l'aise dans ses démarches administratives, notamment sur internet.

Ce public est aussi le plus susceptible d'abandonner les démarches à la suite de difficultés, ce qui se traduit par des situations de non-recours aux droits.

Le présent projet de loi prévoit un déploiement d'outils numériques, notamment au travers de l'espace numérique personnel. Or la question de l'accompagnement des usagers du système de santé à l'utilisation du numérique reste inexistante dans les articles proposés.

C'est la raison pour laquelle il est proposé ici un amendement visant à définir la notion de médiation numérique, nécessaire pour accompagner le déploiement des outils technologiques sur les territoires, notamment auprès des publics fragiles.

M. le président. L'amendement n° 526 rectifié *bis*, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier et MM. Mazuir et Vallini, est ainsi libellé :

Après l'article 13

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1110-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-13-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 1110-13-* – La médiation numérique est la mise en capacité de comprendre et de maîtriser les technologies numériques, leurs enjeux et leurs usages. Elle procède d'un accompagnement qualifié et de proximité des individus soit, qui n'ont pas accès aux technologies, soit qui n'ont pas les capacités, soit dans un but d'améliorer l'efficacité et la protection du traitement de leurs données.

« À cette fin, un comité en charge de l'accompagnement est créé dans chaque département. Les membres de ce comité ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de ce comité ne peut être pris en charge par une personne publique. Les modalités de son financement et de sa composition sont prévues par décret en Conseil d'État. »

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 737 vise à inscrire une définition de la médiation numérique dans le code de la santé publique. Sa rédaction est préférable à celle de l'amendement n° 526 rectifié *bis*, car elle met en lien la médiation numérique avec la médiation sanitaire ; les deux sont effectivement complémentaires.

Par ailleurs, l'amendement n° 526 rectifié *bis* tend à créer des comités départementaux chargés de piloter l'accompagnement numérique, en précisant néanmoins que leur fonctionnement ne pourra être assuré par une personne publique. Or on voit mal comment ces comités pourraient se dispenser d'un financement public puisque les associations et le bénévolat ne permettront pas de garantir le fonctionnement de ces comités dans tous les départements.

La commission est donc favorable à l'amendement n° 737 et défavorable à l'amendement n° 526 rectifié *bis*.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur les deux amendements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 737.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 13, et l'amendement n° 526 rectifié *bis* n'a plus d'objet.

Article 13 bis (Non modifié)

À la fin du dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « , en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique » sont supprimés.

M. le président. L'amendement n° 750, présenté par Mme Jasmin, M. Lurel, Mme Conconne, MM. Jomier et Daudigny, Mme Grelet-Certenais, M. Kanner, Mmes Rossignol, Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. J. Bigot et Bérît-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel, M. Bourquin, Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllégatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Peroldumont, 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 Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Cet amendement vise à supprimer l'article 13 *bis*, qui modifie l'alinéa 3 de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique.

Cet alinéa 3 prévoit que « la définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique ».

L'Assemblée nationale a souhaité supprimer les mots « en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique ».

En Guadeloupe on utilise déjà la télémédecine avec Marie-Galante. Or il est impératif que la définition des conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière des activités de télémédecine tienne compte des spécificités des territoires, notamment d'accès au réseau et de très haut débit.

Pour ces territoires qui sont affectés par la désertification médicale, comme les territoires insulaires ou enclavés, des aménagements spécifiques doivent être prévus afin de permettre de façon égalitaire le déploiement de la télémédecine et du télésoin.

Vous avez affirmé tout à l'heure, madame la ministre, que la sécurité des données était garantie. Puis, vous avez dit, en vous s'exprimant sur l'un des amendements précédents, qu'il y avait des problèmes de sécurité!

J'en profite pour rappeler que les coûts des évacuations sanitaires sont très importants pour ce qui nous concerne. Aujourd'hui, nombre d'Antillais viennent se faire soigner dans les hôpitaux de la région parisienne en raison des carences sur nos territoires. Voilà pourquoi cela grogne aujourd'hui à Paris comme dans les outre-mer. Malheureusement, les professionnels des hôpitaux sont en souffrance!

Mme Laurence Cohen. Très bien!

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 13 *bis* procède précisément à la suppression d'une mention qui s'est révélée en pratique inopérante.

Le recours à la télémédecine se conçoit dans le cadre d'une organisation territoriale, conformément à l'avenant n° 6 à la convention médicale. En outre, les téléconsultations présentent également un bénéfice pour les personnes invalides, qu'elles soient en zones sous-denses ou denses, s'il en reste! (*Sourires.*)

Par ailleurs, l'avenant n° 6 à la convention médicale précise déjà que la mise en place d'organisations territoriales de la télémédecine a pour objectif de permettre aux patients « d'accéder à un médecin, par le biais notamment de la téléconsultation, compte tenu de leur éloignement des offreurs de soins ».

Je demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, j'émettrais un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Jasmin, l'amendement n° 750 est-il maintenu?

Mme Victoire Jasmin. Je le maintiens, car les discours que j'entends présentent des incohérences, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 750.

(*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° 520 rectifié, présenté par Mme Jasmin, MM. Lurel, Fichet, Kerrouche et Antiste et Mme Conconne, est ainsi libellé:

Rédiger ainsi cet article:

Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, après les mots: « en tenant compte », sont insérés les mots: « en priorité ».

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Cet amendement de repli vise à modifier l'article 13 *bis*, car celui-ci modifie l'alinéa 3 de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, qui permettrait de tenir compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

Or il est impératif que la définition des conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière des activités de télémédecine tienne compte prioritairement des spécificités des territoires insulaires ou enclavés, notamment privés d'accès aux réseaux de très haut débit.

M. le président. L'amendement n° 428, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, est ainsi libellé:

Rédiger ainsi cet article:

Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots: « déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique » sont remplacés par les mots: « inégalités territoriales dans l'accès aux soins, notamment dans les zones définies en application du 1° de l'article L. 1434-4, ainsi que des inégalités territoriales dans l'accès aux réseaux de communications électroniques à très haut débit ».

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. Hormis la problématique de l'accès à internet, sur laquelle je me suis déjà exprimé lors du débat sur l'article 13, notre commission a voulu rappeler que la spécificité des déserts médicaux devait être prise en compte dans les conditions de prise en charge financière des activités de télémédecine.

Comme l'ont souligné certains acteurs du secteur lors des auditions que j'ai menées, l'avenant n° 6 de la convention médicale, signé en juin 2018, ne garantit pas la prise en charge des téléconsultations pour les patients résidant dans un désert médical. En effet, pour être remboursées, les téléconsultations doivent s'inscrire dans le parcours de soins, en lien avec le médecin traitant.

Des dérogations sont néanmoins permises pour les assurés ne disposant pas d'un médecin traitant, ces patients pouvant bénéficier d'une téléconsultation par des médecins volontaires pratiquant au sein d'une équipe de soins primaires, d'une communauté professionnelle territoriale de santé ou, à défaut, par une autre organisation territoriale.

Si l'on peut adhérer à la philosophie générale de ce régime, visant à ancrer la télémédecine dans le territoire, ces conditions peuvent limiter de fait le recours aux téléconsultations pour ceux qui en ont le plus besoin!

Pour cause, le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS, sur l'ensemble du territoire est aujourd'hui incomplet et devrait être atteint uniquement à l'été 2021, selon l'objectif du Gouvernement. D'ici là, les assurés résidant dans un « désert médical » pourraient subir une double peine : déjà exclus d'une prise en charge présente, ils pourraient bientôt être exclus de la télémédecine, faute de pouvoir bénéficier d'un remboursement dans le cadre posé actuellement par l'avenant n° 6 de la convention médicale.

Mes chers collègues, ne cumulons pas les handicaps et garantissons la prise en charge des téléconsultations pour tous les Français, sur l'ensemble du territoire.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 186 rectifié est présenté par MM. Joël Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllegatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévile et Tocqueville, MM. Sueur, Montaugé, Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mmes Artigalas, Conconne et Grelet-Certenais, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Kerrouche, Courteau et Temal et Mme Monier.

L'amendement n° 381 rectifié est présenté par MM. Delahaye, Bockel, Henno, Bonnecarrère et Laugier, Mme Guidez, M. Cazabonne, Mme Joissains, MM. Moga et Kern et Mme Billon.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rédiger ainsi cet article :

Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « dues à l'insularité et l'enclavement géographique » sont remplacés par les mots : « , notamment dans les zones définies en application du 1° de l'article L. 1434-4, ainsi que des inégalités territoriales d'accès aux réseaux de communications électroniques de très haut débit ».

La parole est à Mme Viviane Artigalas, pour présenter l'amendement n° 186 rectifié.

Mme Viviane Artigalas. Comme notre amendement à l'article 13, celui-ci vise à inscrire dans la loi la prise en compte des inégalités territoriales en matière d'aménagement numérique qui préexistent au déploiement de la télémédecine.

Afin d'éviter que le déploiement incomplet des structures de télémédecine sur le territoire ne provoque une nouvelle exclusion, cet amendement vise à garantir aux patients le remboursement des téléconsultations sur l'ensemble du territoire.

C'est une mesure de justice territoriale pour empêcher le renforcement du sentiment d'abandon, qui, vous le savez, est dévastateur tant pour la santé de nos concitoyens que pour notre démocratie.

M. le président. La parole est à M. Claude Kern, pour présenter l'amendement n° 381 rectifié.

M. Claude Kern. Cet amendement a été défendu. J'ajouterai simplement que le numérique doit constituer une solution, et non un handicap supplémentaire pour les territoires.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Le recours à la télémédecine se conçoit bien dans le cadre d'une organisation territoriale, conformément à l'avenant n° 6 de la convention médicale. Les projets territoriaux envisageant le recours à la télémédecine prennent donc naturellement en compte les spécificités des territoires relatives aux conditions d'accès aux soins, *a fortiori* pour les territoires enclavés ou comportant des zones sous-denses.

Enfin, je l'ai rappelé à propos d'un amendement relatif à l'article 13, la prévention de l'exclusion numérique – il s'agit des amendements n° 428, 186 rectifié et 381 rectifié – est d'ores et déjà prise en compte au travers de solutions opérationnelles, sans qu'il soit indispensable de le rappeler dans la loi.

La commission des affaires sociales demande donc le retrait des amendements n° 520 rectifié, 428, 186 rectifié et 381 rectifié ; à défaut, elle émettrait un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Jasmin, l'amendement n° 520 rectifié est-il maintenu ?

Mme Victoire Jasmin. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 520 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 428.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 186 rectifié et 381 rectifié.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 13 bis.

(L'article 13 bis est adopté.)

Article 14

- ① I. – *(Non modifié)* L'article 34 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.
- ② II. – *(Non modifié)* 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 relative à la prescription et à la dispensation de soins, produits ou prestations, notamment ceux ayant vocation à être pris en charge par l'assurance maladie, ainsi qu'aux règles régissant les conditions de certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation, tout en assurant la sécurité et l'intégrité des données, en vue de généraliser par étapes la prescription électronique.
- ③ Les ordonnances sont prises dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi. Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chaque ordonnance.
- ④ III. – La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ⑤ 1° L'article L. 161-35 est ainsi modifié :
- ⑥ a) *(Supprimé)*

- ⑦ *b)* Au II, les mots : « de l'obligation de transmission électronique par les professionnels et centres de santé » sont remplacés par les mots : « des obligations définies au I du présent article » ;
- ⑧ 2° À l'article L. 161-35-1, la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « I » et la référence : « au 1° » est remplacée par les références : « aux 1° et 2° ».
- ⑨ IV. – (*Non modifié*) Le second alinéa du I de l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, entre en vigueur à des dates fixées, selon les prescripteurs, par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même code, et au plus tard le 31 décembre 2021. Ces dernières définissent également les situations dans lesquelles la dématérialisation des arrêts de travail ne peut s'appliquer. Si la convention n'a pas fixé un tel calendrier avant le 30 juin 2019, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale y procède dans un délai de deux mois.

M. le président. L'amendement n° 237 rectifié *bis*, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 476 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

– Après la remise au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2019, d'un rapport détaillant les enjeux et les modalités d'une évaluation des logiciels destinés à fournir des informations utilisées à des fins diagnostiques et d'aide aux choix thérapeutiques, le Gouvernement est autorisé, dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'évaluation de ces logiciels.

L'ordonnance est prise dans un délai de six mois à compter de la remise au Parlement du rapport mentionné à l'alinéa précédent. Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement vise à proposer une méthode d'évaluation, au travers d'un rapport d'expertise, de la pertinence d'un logiciel de prescription dans sa fonction d'aide à la décision.

Il tend à mettre en place une évaluation facultative de la pertinence et de la sécurité des logiciels d'aide au diagnostic. En effet, les progrès rapides en matière d'intelligence artificielle sont en train de révolutionner l'offre de tels logiciels, et une évaluation *a priori* des logiciels favorisera la confiance dans le système de santé et permettra de guider les professionnels et les établissements dans leurs décisions d'achat.

Cet amendement a aussi pour objet, je le disais, de prévoir qu'un rapport d'expertise remis au Parlement avant la fin de l'année établisse les enjeux d'une telle évaluation.

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

M. Alain Milon, rapporteur. En raison d'une décision récente de la Cour de justice de l'Union européenne, les logiciels d'aide à la prescription ou à la dispensation ne font plus l'objet que d'une prescription facultative.

Le renforcement de leur évaluation, par exemple par la Haute Autorité de santé, au moyen de mécanismes incitant à la certification permettra d'éclairer les professionnels de santé et les établissements sur la conformité de ces outils aux objectifs de sécurité sanitaire et de pertinence clinique. En effet, le marquage CE reste insuffisant à cet égard.

La commission a donc émis un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 476 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 600, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Rétablir le a dans la rédaction suivante :

a) Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les arrêts de travail sont prescrits, sauf exception, de manière dématérialisée par l'intermédiaire d'un service mis à la disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie. » ;

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. L'instauration d'une obligation de dématérialisation des arrêts de travail pour l'ensemble des prescripteurs présente deux avantages majeurs : d'une part, cela simplifie cette activité pour les médecins, et, d'autre part, cela garantit un traitement plus simple et plus rapide de l'arrêt de travail pour les assurés, grâce à la transmission instantanée de celui-ci à leur caisse d'assurance maladie.

En vue de remédier à d'éventuelles difficultés pour les professionnels de santé ne pouvant matériellement assurer la transmission dématérialisée des arrêts de travail, la rédaction de cet amendement prévoit des exceptions éventuelles à cette obligation.

En outre, il est prévu d'appliquer cette nouvelle disposition progressivement, afin de tenir compte du temps d'installation, chez les professionnels de santé, de l'équipement nécessaire pour répondre à cette obligation.

M. le président. Le sous-amendement n° 829, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Amendement n° 600

Compléter cet amendement par un paragraphe ainsi rédigé :

II. – Alinéa 9, dernière phrase

Remplacer les mots :

la convention n'a

par les mots :

les conventions n'ont

et les mots :

avant le 30 juin 2019

par les mots :

dans les six mois suivant la publication de la présente loi

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le présent sous-amendement vise à apporter un peu plus de cohérence à la dématérialisation des arrêts de travail ; il s'agit d'un amendement quasi rédactionnel.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a émis un avis favorable sur le sous-amendement, ainsi que sur l'amendement ainsi sous-amendé.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 829.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 600, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 14, modifié.

(L'article 14 est adopté.)

Article additionnel après l'article 14

M. le président. L'amendement n° 770 rectifié *ter*, présenté par Mme Deroche, M. Piednoir, Mme Deromedi, M. Panunzi, Mmes Micoulean, Di Folco et M. Mercier, MM. Bonne et Mouiller, Mme Imbert, M. Vaspart, Mmes Ramond, Lassarade et Bruguière, MM. Savary et B. Fournier, Mme Gruny, MM. Dériot et Brisson, Mmes L. Darcos et Berthet, MM. Morisset et Sido, Mme Lamure et MM. Laménie, Karoutchi, Genest, Darnaud et Paul, est ainsi libellé :

Après l'article 14

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le III de l'article L. 161-38, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

« III *bis*. – La Haute Autorité de santé élabore les règles de bonne pratique relatives à l'utilisation des technologies d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique et des technologies prédictives dans le domaine médical afin de garantir la conformité de ces technologies à des exigences minimales en termes de sécurité, de pertinence et d'efficacité des pratiques médicales associées.

« La conformité aux règles de bonne pratique mentionnées à l'alinéa précédent d'une technologie d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique ou d'une technologie prédictive dans le domaine médical, autre qu'un logiciel d'aide à la prescription médicale ou à la dispensation, peut faire l'objet d'une certification, à la demande de son fabricant ou de son exploitant, par des organismes certificateurs accrédités par le Comité français d'accréditation ou par l'organisme compétent d'un autre État membre de

l'Union européenne, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé. » ;

2° Après le 21° de l'article L. 162-5, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le cas échéant, les modalités d'attribution et de versement d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'une technologie d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique ou d'une technologie prédictive dans le domaine médical, autre qu'un logiciel d'aide à la prescription médicale ou à la dispensation, certifiée suivant la procédure prévue au III *bis* de l'article L. 161-38 ; ».

La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Le développement de l'intelligence artificielle et de la médecine prédictive offre de nouvelles possibilités aux professionnels de santé, en matière de prévention et de prise en charge des patients, au travers de nouveaux moyens technologiques, notamment numériques et robotiques.

Afin de garantir un usage de ces technologies au service des patients, il est nécessaire de garantir la sécurité et la pertinence des pratiques médicales associées à l'utilisation de ces techniques. Le recours à celles-ci s'intensifiant dans la pratique des soins, il convient que la Haute Autorité de santé, la HAS, précise les règles de bonne pratique encadrant leur usage, tant pour les fabricants, afin de les orienter dans la conception de ces outils, que pour les professionnels de santé et les patients.

Cet amendement vise en outre à permettre la certification, sur une base volontaire, de la conformité de ces technologies d'intelligence artificielle aux règles de bonne pratique ainsi définies.

Il tend enfin à inclure, dans les conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Uncam, et les médecins, les modalités d'aide à l'utilisation ou à l'acquisition des technologies d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique, ou des technologies prédictives dans le domaine médical, certifiées conformes aux règles de bonne pratique définies par la HAS.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Le présent amendement vise à prévoir l'établissement, par la HAS, de règles de bonne pratique pour l'utilisation des technologies recourant à l'intelligence artificielle dans le domaine médical, et à instaurer une procédure de certification facultative. Il tend également à conditionner toute aide publique relative à l'utilisation de ces outils à l'obtention de cette certification, ce qui permettra d'inciter les éditeurs à se conformer à cette certification.

Le recours à l'intelligence artificielle dans le domaine médical se développe sans cadre ni garanties de sécurité et de pertinence clinique, pour ses utilisateurs comme pour les patients.

La commission considère que les dispositions de cet amendement vont dans le bon sens ; elle a donc émis un avis favorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement a un avis différent.

Madame la sénatrice, vous cherchez à améliorer la qualité des logiciels d'aide au diagnostic, et vous proposez de confier à la HAS l'élaboration d'un référentiel de certification de ces logiciels. Cela constituera certainement, à l'avenir, une aide précieuse pour les professionnels de santé, mais, même si je partage l'objectif de cet amendement, il me semble prématuré d'adopter un tel dispositif. En effet, le diagnostic et les éléments permettant d'élaborer ce référentiel n'ont pas encore été étudiés par la HAS.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle vous avez adopté, voilà deux minutes, l'amendement n° 476 rectifié du Gouvernement, qui tendait à demander à la HAS un rapport permettant de savoir sur quels fondements nous pourrions certifier ces logiciels.

Le fait d'inscrire cela dans la loi d'emblée, alors que nous ne savons même pas comment évaluer ces logiciels, nous semble prématuré. L'amendement n° 476 rectifié visait justement à poser les bases de la première étape vers l'amélioration de la certification de ces logiciels.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer cet amendement ; à défaut, j'émets un avis défavorable.

M. le président. Madame Imbert, l'amendement n° 770 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Corinne Imbert. J'entends bien ce que vous dites, madame la ministre, mais l'amendement ne tend pas à prévoir de date d'application, et ce texte est tout de même l'occasion d'inscrire ce principe dans la loi. Je ne sais pas si nous en aurons une autre pour adopter ce dispositif, lorsque le rapport de la HAS nous aura été remis.

Dans la mesure où il s'agit d'un amendement de ma collègue Catherine Deroche, je le maintiens, monsieur le président.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'amendement n° 476 rectifié tendait justement à inscrire ce principe dans la loi, madame la sénatrice.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 770 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 14.

TITRE IV

MESURES DIVERSES

Chapitre I^{er}

DISPOSITIONS DE SIMPLIFICATION

Article 15 *(Non modifié)*

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° La section 5 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie est abrogée ;

③ 1° *bis* Au 3° du I de l'article L. 1441-6, les mots : « Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, » sont supprimés ;

④ 2° Le III du même article L. 1441-6 et le 4° de l'article L. 1443-6 sont abrogés ;

⑤ 3° À l'article L. 5125-10, les mots : « du conseil supérieur de la pharmacie et » sont supprimés ;

⑥ 4° La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 6143-7 est supprimée ;

⑦ 5° L'article L. 6152-1-1 est abrogé ;

⑧ 6° À la fin de l'article L. 6152-6, la référence : « et de l'article L. 6152-1-1 » est supprimée.

⑨ II. – Le III de l'article 2 de la loi n° 2017-220 du 23 février 2017 ratifiant l'ordonnance n° 2016-966 du 15 juillet 2016 portant simplification de procédures mises en œuvre par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et comportant diverses dispositions relatives aux produits de santé est abrogé.

M. le président. L'amendement n° 810, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Après la référence :

L. 1441-6

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

est abrogé ;

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination, monsieur le président.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 810.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 328, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 8

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Pascal Savoldelli.

M. Pascal Savoldelli. L'article 15 du texte prévoit la suppression d'un dispositif expérimental obligeant les pharmaciens grossistes-répartiteurs à déclarer, auprès d'un tiers, leurs volumes d'exportations de médicaments hors de France.

L'étude d'impact du projet de loi indique que cette expérimentation se heurte à l'impossibilité d'identifier un tiers de confiance, au droit des affaires et à la libre concurrence.

Nous ne comprenons pas pourquoi la puissance publique se prive d'un instrument permettant de contrôler l'approvisionnement de médicaments en France. Nous savons que les pénuries de médicaments constatées actuellement sont en partie – pas exclusivement, mais en partie – liées à la spéculation et au comportement des grossistes-répartiteurs, qui

profitent des prix bas pratiqués en France pour exporter des médicaments, ce qui entraîne des ruptures de stock dans notre pays.

Alors que les grossistes-répartiteurs sont censés disposer de 90 % des médicaments existants et de deux semaines de stock d'avance, certains d'entre eux exportent des médicaments vers les pays où les prix sont plus élevés.

Ceux que l'on appelle les *short-liners*, dont les intérêts économiques se réduisent à leurs linéaires de courte vue, ne disposent que de quelques traitements, sur lesquels ils peuvent réaliser de bonnes marges, quitte à assécher notre marché.

Dites-moi si je me trompe, madame la ministre, mais je crois que, sur les deux cent quatre-vingt-dix grossistes-répartiteurs agréés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'ANSM, une cinquantaine ne joueraient pas le jeu et de premières amendes auraient été prononcées.

Selon nous, l'intérêt supérieur des malades consistant à pouvoir disposer d'un médicament pour certains traitements doit primer le respect du droit des affaires et de la libre concurrence.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Le Gouvernement a montré son incapacité à désigner un tiers de confiance qui puisse collecter les données déclarées par les entreprises sur les quantités de médicaments exportées, ce qui garantirait tant la connaissance du secteur et des acteurs du médicament que l'indépendance vis-à-vis des industriels déclarant ces données.

Je regrette que cette mesure n'ait pas été mise en place, car elle aurait permis de mieux objectiver l'impact sur l'approvisionnement du marché français en médicaments essentiels du phénomène des exportations parallèles de médicaments vers le marché unique par les grossistes-répartiteurs. C'était bien le sens des recommandations de la mission d'information du Sénat sur les pénuries de médicaments.

Les explications du Gouvernement sont donc extrêmement attendues ; nous émettrons notre avis ensuite.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il s'agit d'un sujet qui touche beaucoup de Français et qui nous préoccupe.

Je vais vous expliquer pourquoi nous souhaitons supprimer cette expérimentation ; ce n'est évidemment pas par manque d'attention pour la question.

Je dirai quelques mots, tout d'abord, pour rappeler les objectifs initiaux de cette expérimentation, qui comportait deux volets.

Le premier devait permettre aux grossistes-répartiteurs, par l'intermédiaire d'une personne morale agissant en qualité de tiers de confiance, de déclarer les quantités de certains médicaments et produits exportés. Le second devait permettre de mettre en place des compléments de prix permettant aux laboratoires de percevoir une rémunération complémentaire pour les produits exportés reflétant le montant qu'ils auraient dû percevoir s'ils avaient commercialisé le produit concerné sans prix administré.

Pour mémoire, ce second volet a été censuré, car les dispositions sur le complément de prix ont été considérées comme contraires au droit de l'Union européenne. Le premier volet n'a donc plus de raison d'être, parce que nous n'avons pas d'information sur les compléments de prix.

Par ailleurs, ce premier volet n'aurait, en tout état de cause, pas permis de contribuer efficacement et rapidement à la lutte contre les pénuries de médicaments. En effet, le tiers de confiance aurait seulement permis de collecter des données rétrospectives issues des déclarations de quantité de médicaments et produits non consommés en France par les acteurs concernés.

La mesure est donc vidée de son sens ; le fait que la loi précise déjà que le grossiste-répartiteur ne peut pas vendre de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur en dehors du territoire national nous a conduits à proposer, dans un souci de simplification, la suppression de cette expérimentation.

Ensuite, j'ai eu l'occasion de le dire à plusieurs reprises, la prévention des pénuries de médicaments est évidemment un sujet de santé publique auquel je suis extrêmement sensible.

Ainsi, j'ai annoncé que je travaillais actuellement avec l'ensemble des acteurs à l'élaboration d'un plan d'action concret et opérationnel. Cette feuille de route devrait être annoncée avant l'été ; cette précision n'a pas de lien direct avec l'amendement ni avec le texte.

Cette expérimentation ne pouvant pas avoir lieu, nous souhaitons la supprimer de la loi. C'est la raison pour laquelle j'émet un avis défavorable sur votre amendement, monsieur le sénateur.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Pascal Savoldelli, pour explication de vote.

M. Pascal Savoldelli. Nous pensions que cet amendement avait une chance d'être adopté, non parce qu'il serait totalement satisfaisant, mais parce qu'il s'agit d'un sujet à propos duquel il faut peut-être faire preuve de prudence et de vigilance.

Madame la ministre, je ne veux pas polémique, mais vous ne m'avez pas convaincu sur la possibilité d'identifier des tiers de confiance – je ne parle pas de vous personnellement, je parle du dispositif. Dès lors que je n'ai pas cette réponse, je maintiens donc mon amendement.

Par ailleurs, je vous demandais tout à l'heure si vous pouviez confirmer ou infirmer mes chiffres ; sur deux cent quatre-vingt-dix grossistes-répartiteurs de médicaments, il y en aurait déjà cinquante qui devraient être sanctionnés. Il faut appliquer les sanctions, mais n'était-ce pas justement l'occasion de mettre en place un dispositif en amont, avant le recours aux sanctions ?

Mme Laurence Cohen. Eh oui !

M. Pascal Savoldelli. La sanction répare en partie le dommage, mais elle ne règle pas l'approvisionnement des médicaments qui nous manquent.

Mme Laurence Cohen. Absolument !

M. Pascal Savoldelli. Pardon de le dire, mais il y en a qui ne voient le marché que pour lui-même ; ils préfèrent donc vendre leurs médicaments à l'étranger et ne pas remplir les missions que vous leur confiez, madame la ministre.

Peut-être cet amendement ne sera-t-il pas adopté, mais, incontestablement, il y a quelque chose à faire. Sans verser dans le populisme, nous connaissons tous des gens autour de nous qui sont concernés, que ce soit avec les corticoïdes ou avec d'autres types de médicaments. Nous avons un problème avec les stocks et avec un certain nombre de grossistes-répartiteurs, qui ne respectent pas les règles de santé publique que nous approuvons tous, ici, je pense.

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

M. Yves Daudigny. Les pénuries de médicaments constituent un sujet grave, pour les patients, qui encourent des risques potentiellement élevés, et pour l'indépendance de la France en matière sanitaire.

Je n'aurai pas exactement la même lecture que le groupe communiste républicain citoyen et écologiste sur les grossistes-répartiteurs. Pour avoir travaillé sur ce sujet, je sais que nous avons pu mettre en évidence des attaques réciproques entre les fabricants – les laboratoires – et les grossistes-répartiteurs. Ces derniers se plaignent de quotas imposés par les laboratoires, lesquels se plaignent des reventes à l'export par les grossistes-répartiteurs.

Nous n'avons pas été en mesure, au cours de nos travaux, de trancher sur la réalité du phénomène. Néanmoins, les *short-liners* que vous avez cités ne représentent pas la totalité des grossistes-répartiteurs ; il s'agit de revendeurs qui se sont spécialisés dans un certain type de médicaments, qu'ils achètent en France et qu'ils revendent à l'étranger.

Il ne faudrait pas que les *short-liners* ternissent l'image de l'ensemble des grossistes-répartiteurs, dont la situation économique s'est plutôt dégradée ces dernières années. Ils subissent la concurrence de plus en plus forte de la vente directe des laboratoires aux pharmacies et qui accomplissent une mission essentielle de service public : la livraison des pharmacies dans des délais très courts.

J'aborde donc ce sujet avec une grande prudence ; je suis prêt à adhérer aux arguments exposés par Mme la ministre jusqu'à ce que l'on ait des études plus approfondies.

Il n'en reste pas moins que, contre ceux qui sont identifiés comme des *short-liners*, qui ne font que du commerce de médicaments entre la France et l'étranger, il faut envisager toutes les sanctions permises par la loi.

M. Pascal Savoldelli. Absolument !

Mme Laurence Cohen. C'est justement l'objet de cet amendement !

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

Mme Corinne Imbert. Je suivrai l'avis de la commission, mais ce sujet m'interpelle. En effet, les ruptures de médicaments sont vraiment insupportables.

Madame la ministre, pourquoi la désignation comme tiers de confiance du Comité économique des produits de santé, le CEPS, ou de l'ANSM n'a-t-elle pas été retenue ?

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Parce que l'État ne peut pas être tiers de confiance, semble-t-il. Or le CEPS dépend du ministère.

Mme Corinne Imbert. Si même l'État ne peut être tiers de confiance, alors... (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 328.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 15, modifié.

(*L'article 15 est adopté.*)

Article 16 (*Non modifié*)

① I. – Le VII de l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi rédigé :

② « VII. – Les établissements publics de santé, par dérogation à l'article 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques, établissent des états comptables dont le périmètre et les modalités de production sont fixés par décret en Conseil d'État. Ces états comptables sont établis à compter de l'exercice 2022. »

③ II. – Dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, les établissements mentionnés au 3° de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique s'assurent de la mise en conformité avec l'article L. 6161-9 du même code des contrats conclus avec les professionnels médicaux libéraux qui, à la date de publication de la présente loi, pratiquent des honoraires ne correspondant pas aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, minorés d'une redevance. Ces établissements sont réputés bénéficier pour les contrats concernés, pendant ce délai, de l'admission à recourir à des professionnels médicaux libéraux prévue à l'article L. 6161-9 du code de la santé publique.

④ Lorsqu'un praticien refuse la mise en conformité, l'admission à recourir à des professionnels médicaux libéraux prévue au même article L. 6161-9 est retirée, pour le contrat concerné, par le directeur général de l'agence régionale de santé, le cas échéant avec effet différé au terme d'une période transitoire qui ne peut excéder deux ans à compter de la décision de retrait. La décision du directeur général de l'agence régionale de santé intervient au terme d'une procédure contradictoire avec le praticien concerné et après avis de la commission médicale d'établissement et de l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire.

M. le président. L'amendement n° 329, 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. Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier avaient été autorisés par la loi du 26 janvier 2016 à maintenir des contrats conclus avec des professionnels médicaux libéraux pratiquant des dépassements d'honoraires, sous réserve d'une mise en conformité au droit commun dans un délai de trois ans, c'est-à-dire avant le 26 janvier 2019.

L'article 16 du texte proroge de trois ans la mise en conformité de ces établissements, ce qui entraînera trois années supplémentaires de dépassements d'honoraires, au détriment des patients.

Dans la mesure où seulement six établissements de santé privés d'intérêt collectif, ou ESPIC, recourent encore à des professionnels médicaux libéraux pratiquant des dépassements d'honoraires, le ministère de la santé et les agences régionales de santé auraient dû trouver une solution pour supprimer ces dépassements d'honoraires.

Dans son rapport sur les comptes de la sécurité sociale de 2013, la Cour des comptes indiquait déjà que, si « le nombre d'établissements concernés est faible, l'existence de modes de fonctionnement permettant de contourner de manière plus ou moins directe l'interdiction de percevoir des dépassements d'honoraires dans les ESPIC est anormale. Le ministère comme l'assurance maladie ont la responsabilité de faire respecter les textes, sauf à les faire évoluer si besoin. »

Accorder des dérogations sur les dépassements d'honoraires et les prolonger pour une poignée d'établissements de santé donne l'impression que la loi ne s'applique pas de la même manière pour tous. Et en attendant, les patients qui n'ont pas les moyens de régler les dépassements renonceront à se soigner.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il subsiste seulement six établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier qui autorisent la pratique des dépassements d'honoraires pour les praticiens libéraux rémunérés comme salariés. C'est effectivement ce reliquat qui justifie la prorogation prévue à l'article 16 ; ce nombre ne paraît pas justifier la demande de suppression.

La commission a donc 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° 329.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 16.

(L'article 16 est adopté.)

Article additionnel après l'article 16

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

L'amendement n° 330, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-8-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-8-... – La facturation d'honoraires supérieurs aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues à l'article L. 160-13 est interdite. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Dans son dernier rapport sur l'avenir de l'assurance maladie, la Cour des comptes a jugé les résultats du contrat d'accès aux soins et de l'option de pratique tarifaire maîtrisée « modestes et ambigus ». Elle estime également que l'inflexion du taux de spécialistes conventionnés en secteur 2, observée depuis 2013, est à la fois « limitée et coûteuse » pour l'assurance maladie.

Certaines situations choquantes retiennent particulièrement notre attention. Ainsi, les tarifs des chirurgiens-dentistes pour les prothèses et l'orthodontie, fixés librement depuis les années 1980, ont fortement progressé, générant chaque année des dépassements d'un montant total de 4,8 milliards d'euros. Ces dépassements peuvent expliquer des renoncements aux soins pour raisons financières, comme l'a mis en évidence la Cour des comptes en 2016.

D'autres spécialités sont concernées : les chirurgiens exercent en secteur 2 à 81 %, les gynécologues-obstétriciens à 67 %, les ophtalmologues à 57 % ; en outre, tous ces professionnels sont plutôt installés dans les zones urbaines. Ainsi, plus de la moitié de la population réside aujourd'hui dans des départements où plus de la moitié des spécialistes sont installés en secteur 2.

De ce fait, les inégalités géographiques se doublent d'inégalités financières, en particulier dans les zones les plus urbaines.

Pour toutes ces raisons, nous demandons l'interdiction des dépassements d'honoraires.

M. le président. L'amendement n° 331, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 2° de l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le tact et la mesure » sont remplacés par les mots : « 30 % du tarif opposable ».

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Il s'agit d'un amendement de repli, qui vise à limiter les dépassements à hauteur de 30 % du tarif opposable, ce qui est déjà considérable, d'autant que, je le rappelle, le montant total des dépassements d'honoraires atteignait 2,66 milliards d'euros en 2016, dont 2,45 milliards d'euros pour les seuls médecins spécialistes.

Selon un rapport de la Cour des comptes daté de novembre 2017, le taux moyen du dépassement pratiqué s'élève à 56 %. Les dépassements d'honoraires contribuent à aggraver les inégalités d'accès aux soins pour nos concitoyens, et ils créent un système de santé à deux vitesses.

M. le président. L'amendement n° 519, présenté par MM. Tissot et Antiste, Mme Artigalas, M. M. Bourquin, Mme Conconne, M. Duran, Mme Ghali, MM. P. Joly, Manable, Marie et Montaugé, Mme Taillé-Polian et MM. Tourenne, Vallini et Vaugrenard, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 10° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions dans lesquelles les dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées s'appliquent à l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires. Cet encadrement de dépassements d'honoraires est applicable à partir du 1^{er} janvier 2020 ; »

La parole est à Mme Viviane Artigalas.

Mme Viviane Artigalas. Cet amendement tend à proposer un meilleur encadrement des dépassements d'honoraires.

L'aggravation de la fracture sanitaire est manifeste. Près d'un tiers des Français éprouve aujourd'hui des difficultés d'accès géographique aux spécialités – pédiatres, gynécologues, ophtalmologistes –, et un quart aux médecins généralistes. Selon une étude de l'association de consommateurs UFC-Que choisir, plus de huit Français sur dix manquent de gynécologues et d'ophtalmologistes sans dépassement d'honoraires à moins de quarante-cinq minutes de leur domicile.

De 2012 à 2016, alors que l'inflation sur la période n'a pas été supérieure à 1 %, le tarif moyen d'une consultation a progressé de 3,2 % chez les généralistes, de 3,5 % chez les ophtalmologistes, de 5 % chez les gynécologues et même de 8 % chez les pédiatres.

Aussi, cet amendement a pour objet de prévoir que les conventions définissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins mentionnent les conditions permettant que les pratiques tarifaires maîtrisées s'appliquent à l'ensemble des médecins situés en secteur 2.

Son adoption permettrait d'améliorer, par la maîtrise des dépassements d'honoraires, l'accès aux soins des Français.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Pour des raisons que nous avons déjà expliquées lors de l'examen de la loi HPST, des projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 et 2019 (*Sourires.*), de la loi Touraine et, maintenant, du projet de loi Buzyn, la commission a émis un avis défavorable sur ces trois amendements,

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je n'étais pas là lors de l'examen de la loi HPST et de la loi Touraine (*Sourires.*),...

M. Alain Milon, rapporteur. Moi si !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ... donc je vais tout de même exposer l'état des lieux en matière de dépassements d'honoraires.

Mme Laurence Cohen. Merci !

Mme Agnès Buzyn, ministre. La loi précédente a cherché à encadrer ces dépassements dans le cadre de la négociation conventionnelle.

Les dispositifs conventionnels – l'option de pratique tarifaire maîtrisée, ou Optam –, instaurés, effectivement, pour que nos concitoyens n'aient pas à souffrir d'une difficulté d'accès aux soins du fait de ces dépassements, ont commencé à montrer leurs effets. De plus en plus de praticiens signent ce contrat, et les taux de dépassement diminuent d'année en année, passant de 55 % en 2011 à 49 % en 2018. Ces mesures conventionnelles sont donc en train de produire leurs effets.

Par ailleurs, en cette période de pénurie de médecins, le risque, selon nous, est celui du déconventionnement. En réalité, nous sommes quelque peu bloqués par cette pénurie de médecins : nous disposons de moins de leviers qu'il y a dix ou quinze ans en matière d'encadrement.

Cela dit, je pense que les professionnels eux-mêmes ont pris conscience des difficultés d'accès aux soins. C'est la raison pour laquelle nous observons de plus en plus de signatures de contrats et une amélioration du taux de dépassement.

Nous menons une lutte contre les pratiques tarifaires excessives, dont l'effet dissuasif est réel : quelque 60 % des médecins auditionnés se sont aujourd'hui engagés à baisser leur taux de dépassement. Nous avons l'impression qu'un vrai mouvement s'est enclenché vis-à-vis des pratiques tarifaires.

En outre, les directeurs de caisse ont aujourd'hui la possibilité de prononcer des sanctions – suspension du droit de dépassement ou déconventionnement –, en cas de pratique tarifaire excessive.

Un certain nombre de mesures convergentes sont en train de porter leurs fruits, raison pour laquelle nous sommes défavorables à ces amendements.

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

Mme Laurence Cohen. J'apprécie les explications que vient de nous donner Mme la ministre.

Monsieur le rapporteur, les choses ne sont jamais figées, et les positions peuvent évoluer avec le temps, notamment si l'on prend la peine de s'écouter.

Un travail, une réflexion sont clairement en cours pour essayer d'encadrer les dépassements d'honoraires. Cela étant, nous souhaitons insister : nous répétons tous, depuis lundi, que la situation est assez tendue et que de plus en plus de Françaises et de Français renoncent aux soins, notamment pour des raisons financières.

Nous avons déposé ces deux amendements, car ce texte nous semble l'occasion d'envoyer un signal : il est temps qu'un certain nombre de praticiens fassent un effort en matière de dépassement d'honoraires. Si tel n'était pas le cas, ce serait un rendez-vous manqué.

Nous maintenons donc ces amendements.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Aujourd'hui, 99 % des médecins généralistes qui s'installent le font en secteur 1. Il est donc encore possible d'accéder aux soins.

Mme Laurence Cohen. Je parlais des spécialistes !

Mme Agnès Buzyn, ministre. La question des spécialistes est plus complexe, bien évidemment, mais on peut aussi en trouver dans le secteur hospitalier, sans dépassement.

Le tableau n'est donc pas si noir que cela : on accède à un médecin en secteur 1 dans 99 % des cas.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 330.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 331.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 519.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 17

① La deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

- ② 1° L'article L. 2212-10 est abrogé ;
- ③ 1° *bis* (*Non modifié*) À la fin du dernier alinéa de l'article L. 2214-3, les mots : « statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 2212-10 » sont remplacés par les mots : « données relatives à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en France » ;
- ④ 2° (*Supprimé*)
- ⑤ 3° Le 3° de l'article L. 2422-2 est abrogé ;
- ⑥ 4° (*nouveau*) Au 4° de l'article L. 6323-1-1, la référence : « L. 2212-10 » est remplacée par la référence : « L. 2212-9 ». – (*Adopté.*)

Article 17 bis
(*Supprimé*)

M. le président. L'amendement n° 624 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, Devinaz, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Monier et Blondin, M. Mazuir, Mme Grelet-Certenais et M. Leconte, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'amélioration de l'accompagnement au cours de la grossesse, qui examine notamment les modalités de systématisation de l'entretien prénatal prévu au dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique, la prévention des violences gynécologiques et obstétricales, la manière de garantir le droit à choisir les circonstances de la naissance.

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a supprimé une demande initiale de rapport sur l'entretien prénatal précoce, au motif que plusieurs documents et rapports permettent d'ores et déjà de faire le bilan de la mise en œuvre de ses actions d'accompagnement à la grossesse et d'entretien prénatal, notamment le rapport d'évaluation de mai 2010 sur la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 et les enquêtes nationales périnatales périodiques.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettrait 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 Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. Cette demande de rapport a été introduite à l'Assemblée nationale et supprimée par la commission.

Madame la ministre, dans la mesure où le rétablissement de cette demande rencontre certaines de vos préoccupations, je suis surprise de votre avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les discussions à l'Assemblée nationale portaient sur un rapport relatif à l'accès à l'IVG. Ce travail est en cours aujourd'hui.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 624 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'article 17 *bis* demeure supprimé.

Article 17 ter
(*Non modifié*)

Au troisième alinéa du II de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique, après la seconde occurrence du mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou, le cas échéant, par la sage-femme ». – (*Adopté.*)

Article additionnel après l'article 17 ter

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

L'amendement n° 625 rectifié, présenté par Mme Rossignol, M. Daudigny, Mmes Jasmin, Meunier et Lepage, MM. P. Joly et Iacovelli, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Temal et Duran, Mmes Monier et Blondin, M. Mazuir et Mme Grelet-Certenais, est ainsi libellé :

Après l'article 17 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 2212-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Elle ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie chirurgicale, par une sage-femme. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 2212-2, les mots : « , pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, » sont supprimés ;

3° L'article L. 4151-1 est ainsi modifié :

a) Au troisième alinéa, les mots : « ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse » sont supprimés ;

b) Après le même troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les sages-femmes peuvent réaliser les interruptions volontaires de grossesse, dans les conditions fixées aux articles L. 2212-1 à L. 2212-11. »

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. La France est un pays dans lequel le droit à l'IVG n'est pas menacé, quelles que soient les menées ou les manifestations de quelques groupuscules.

Mme Sophie Primas. Merci de le dire !

Mme Laurence Rossignol. La Fondation pour l'innovation politique a d'ailleurs mesuré le taux d'opposition à l'IVG dans plusieurs pays, dont la France : avec seulement 6 % d'opposants, nous sommes le premier pays d'adhésion à l'IVG, avec la Suède.

Si je reste très vigilante sur cette question, je ne considère pas que le droit à l'IVG soit menacé pour l'instant. En revanche, il est fragilisé par les difficultés générales d'accès aux soins que nous soulignons depuis le début de cette discussion, par la baisse du nombre de praticiens, par la fermeture de maternités de proximité et par un désintérêt des médecins et des professions médicales à l'égard d'un acte qu'un grand nombre d'entre eux ne juge pas noble.

En 2016, nous avons élargi les compétences des sages-femmes à l'IVG médicamenteuse. L'ordre des sages-femmes, avec lequel j'ai discuté de cet amendement, propose d'étendre encore leurs compétences aux IVG instrumentales, bien sûr dans les mêmes conditions que celles pratiquées par les médecins, c'est-à-dire en milieu hospitalier et non au domicile des patientes.

Madame la ministre, vous avez dit, voilà quelques instants, que la fermeture des maternités ne poserait pas problème, parce que les sages-femmes pratiqueront des IVG instrumentales. Je ne voudrais pas m'aventurer sur le terrain du décodage de vos propos, mais cela signifie peut-être que vous pensez cela possible, au fond de vous-même.

Or nous pourrions le faire dès aujourd'hui : les sages-femmes ont les compétences nécessaires, et cela permettrait de résoudre bien des problèmes, notamment en termes de déficit de personnel médical et de démographie médicale.

Je crains que nous ne disposions pas de sitôt d'un autre véhicule législatif adapté à cette question, laquelle, me semble-t-il, relève du domaine de la loi. Il faut donc adopter dès aujourd'hui cette mesure.

M. le président. L'amendement n° 348 rectifié *ter*, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 17 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« À titre expérimental, pour une durée de trois ans, les sages-femmes peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales.

« Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Notre amendement, dont l'esprit est similaire à celui de Laurence Rossignol, aura peut-être plus de chances d'être adopté, dans la mesure où il a pour objet une simple expérimentation, et non une généralisation des IVG instrumentales réalisées par des sages-femmes.

Pour rappel, ces professionnelles de santé sont habilitées à pratiquer des IVG médicamenteuses depuis 2016. Si le code de la santé publique garantit aux femmes la liberté de choisir entre ces deux méthodes, les IVG instrumentales ne représentent, dans les faits, qu'une part minoritaire des IVG, faute de praticiennes et de praticiens en nombre suffisant.

Pour que le droit de choisir soit réellement effectif, il est nécessaire de former de nouvelles praticiennes et de nouveaux praticiens à cette méthode. Je connais les réticences de

certaines, qui verraient là une éventuelle mise en danger de la vie des femmes, les sages-femmes n'étant pas des médecins. Toutefois, mes chers collègues, l'IVG – médicamenteuse ou instrumentale – n'étant pas un acte relevant de la pathologie gynécologique, elle est de fait de la compétence des sages-femmes.

En élargissant leur formation initiale ou continue, ces professionnelles seraient tout à fait en mesure de pratiquer ces actes. Une telle extension des tâches, qui correspond aux objectifs du plan Ma santé 2022, est très largement soutenue par nombre de médecins, qui reconnaissent les compétences des sages-femmes.

Cette expérimentation visant à autoriser les sages-femmes à pratiquer l'IVG instrumentale en milieu hospitalier, en centre de santé, voire en centre de planification et d'éducation familiale, mérite d'être tentée. Cela permettrait vraiment de garantir la liberté de choix de la méthode et de rendre le recours à l'IVG plus accessible sur l'ensemble du territoire, alors que de nombreux centres ont fermé ces dernières années.

Enfin, je ne partage pas l'enthousiasme de Mme Rossignol : je pense que des menaces subsistent aujourd'hui sur l'interruption volontaire de grossesse en France, en Europe et dans le monde. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons, en tant que responsables politiques, voir ce droit fondamental inscrit dans la Constitution.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Ces deux amendements visent le même objectif : permettre aux sages-femmes de pratiquer des IVG instrumentales.

Toutefois, comme vous le savez, les IVG chirurgicales peuvent emporter des complications, pendant et après intervention. Leur supervision par un médecin spécialiste constituerait une sécurité pour la patiente.

À ce stade, la commission n'est donc pas favorable à ces deux amendements. Elle a envisagé d'émettre un avis favorable sur l'amendement n° 348 rectifié *ter* si celui-ci était modifié pour maintenir uniquement le pouvoir de sanction de l'assurance maladie à l'égard des praticiens refusant de pratiquer des IVG, mais sans réorienter les patientes, ce qui n'a pas été le cas.

En revanche, il serait sans doute utile que le Gouvernement réfléchisse au renforcement de la formation des sages-femmes à la réalisation d'IVG non seulement médicamenteuse, mais également instrumentales, afin d'envisager, le cas échéant, l'expérimentation de certaines interventions à risque faible de complications, toujours sous la supervision d'un médecin spécialiste.

À titre d'exemple, et il ne s'agit pas d'une provocation, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer à pratiquer certaines IVG instrumentales à faible risque dans certains pays, notamment dans certains États des États-Unis.

La plus grande implication des sages-femmes en orthogénie doit sans doute faire l'objet d'une réflexion plus approfondie, et ce d'autant plus qu'elles peuvent être amenées à gérer, avec les gynécologues, les conséquences de fausses couches ou d'IVG médicamenteuses pouvant nécessiter une intervention complémentaire.

En attendant la mise en place d'une telle formation, la commission est donc défavorable à ces deux amendements.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je partage l'avis de M. le rapporteur.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a autorisé les médecins à réaliser des IVG instrumentales en centres de santé. En raison des risques inhérents aux IVG instrumentales – perforation utérine, saignements, douleurs... –, la Haute autorité de santé avait été saisie pour établir un cahier des charges, assez complexe, que j'ai moi-même validé lorsque j'étais présidente de cette instance.

Cette possibilité de réaliser des IVG en centres de santé doit faire l'objet d'un décret, qui est en préparation. Comme je l'ai dit ce matin, si c'est possible en centre de santé, ce doit l'être également, *a fortiori*, en hôpital de proximité.

J'ai évoqué les médecins obstétriciens et souligné que, les sages-femmes des centres de périnatalité pouvaient réaliser des IVG médicamenteuses. Il existe donc tout un panel de possibilités, qui s'élargit encore avec le temps.

Aujourd'hui, seuls 4 % des sages-femmes font des IVG médicamenteuses. Ce n'est pas assez. Cette mesure permettra d'ouvrir le champ de l'accès à l'IVG dans beaucoup plus de lieux.

Les médecins sont donc autorisés à réaliser des IVG instrumentales sous réserve du respect du cahier des charges que j'évoquais. Mais il est encore trop tôt pour ouvrir cette possibilité aux sages-femmes, alors que nous allons déjà avoir du mal à le mettre en place pour les médecins dans les centres de santé.

En outre, si nous étendions cette autorisation aux sages-femmes, il faudrait encore prendre un avis scientifique, et non une loi. Je ne pense pas qu'il soit de la compétence du Sénat de décider du risque encouru par telle ou telle profession réalisant tel ou tel acte. Ce sont aux professionnels de s'emparer de ces problématiques, de rédiger leurs propres cahiers des charges et d'évaluer les risques.

Madame Cohen, vous proposez une expérimentation. Or un hôpital parisien propose déjà un protocole de coopération : dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST, des sages-femmes, placées sous la supervision d'un médecin ou en relation avec un médecin, sont autorisées à réaliser des IVG instrumentales. L'expérimentation est donc déjà faisable sous la forme d'un protocole de coopération.

Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à ces deux amendements, même si je reste très attentive aux problèmes d'accès à l'IVG.

Bien évidemment, je souhaite que les sages-femmes puissent participer davantage à la réalisation des IVG, notamment médicamenteuses, dans davantage d'endroits. Je me suis d'ailleurs engagée, à l'Assemblée nationale, à produire un rapport sur l'accès à l'IVG.

Le nombre d'IVG reste stable dans notre pays, d'année en année, mais je ne sais comment interpréter cette tendance : c'est triste, car cela signifie que la contraception ne permet pas de réduire le nombre d'IVG, mais c'est peut-être aussi rassurant, car cela signifie qu'il n'y a pas de difficulté d'accès à l'IVG dans notre pays.

Quoi qu'il en soit, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces deux amendements.

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

Mme Laurence Rossignol. J'entends ce que vous dites, madame la ministre, mais je pense que les professionnels se sont déjà emparés du sujet. En discutant de cet amendement, nous n'empêtons pas sur un sujet purement corporatiste – et ce mot n'est pour moi entaché d'aucune connotation négative. Les dispositions mêmes de cet amendement émanent de l'ordre des sages-femmes, qui a réfléchi à ces questions.

L'IVG médicamenteuse devient la principale méthode d'IVG et je n'en suis pas totalement satisfaite. Elle n'est pas aussi neutre qu'on le croit, me semble-t-il. Elle peut même se révéler plus dure qu'une IVG instrumentale, en installant les femmes dans un phénomène de solitude qui n'existe pas en centre hospitalier. Il faut laisser le choix aux femmes et ce choix se réduit de plus en plus au profit de l'IVG médicamenteuse.

Ces deux amendements ne seront probablement pas adoptés. Je le regrette d'autant plus que les occasions de discuter de ce sujet ne sont pas si nombreuses au Parlement. Par ailleurs, les avancées sur l'IVG se sont toujours faites par la voie politique ; elles n'ont jamais émané du corps médical.

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

Mme Laurence Cohen. Ces deux amendements tendent à souligner combien il est important de laisser le choix aux femmes.

J'entends bien vos propos, madame la ministre, mais j'y relève une contradiction : si une expérimentation est menée dans un hôpital parisien, a-t-elle été évaluée ? Et si oui, qu'en est-il ressorti, et pourquoi ne pas l'élargir ?

Je remercie la commission et le rapporteur d'avoir travaillé pour essayer trouver une solution. Malheureusement, la solution retenue abordait un autre problème, celui de la double clause de conscience, sur lequel nous n'avons pas voulu vous suivre. Nous aurons l'occasion d'en discuter de nouveau plus tard.

Il est toujours possible de trouver des solutions, surtout sur une question aussi importante que le droit à l'interruption volontaire de grossesse. Pourquoi, par exemple, ne pas faire appel à un médecin référent, à l'instar de ce qui se passe pour les accouchements ? En cas de problème, les sages-femmes peuvent en effet faire appel à un médecin.

Nous avons proposé, parce que je sais ce qui s'est passé dans les centres de santé avec les médecins, que l'expérimentation puisse se dérouler aussi dans les centres hospitaliers, dans les hôpitaux et dans les centres de planning familial... Il me semble dommage de se montrer frileux sur un sujet aussi important pour les femmes.

Je n'ai malheureusement pas les mêmes chiffres que vous, madame la ministre. Mais selon les informations qui me sont remontées depuis les centres de planning familial, nombre de femmes sont encore obligées de se rendre à l'étranger pour avorter, parce qu'elles ont dépassé les délais.

Mme Laurence Rossignol. De 3 000 à 5 000 femmes par an !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 625 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 348 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 18

- ① I. – Le chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le III de l'article L. 313-1-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Le 1° est ainsi rédigé :
- ④ « 1° Les projets de transformation d'établissements et de services avec modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1, sous réserve que, lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ; »
- ⑤ b) À la fin du 2°, les mots : « , sauf lorsque les projets de transformation entraînent une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret » sont supprimés ;
- ⑥ 2° L'article L. 313-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Lorsque ces contrats impliquent un ou plusieurs établissements ou services mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1, ils fixent les éléments pluriannuels du budget de ces établissements et le cadre budgétaire appliqué est l'état des prévisions de recettes et de dépenses, dont le modèle est fixé par l'arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales prévu à la deuxième phrase de l'article L. 314-7-1. »
- ⑧ II. – Le livre III de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑨ 1° L'article L. 1321-2 est ainsi modifié :
- ⑩ a) Au deuxième alinéa, les mots : « peut n'instaurer qu'un » sont remplacés par les mots : « instaure un simple » ;
- ⑪ b) Après le même deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑫ « Les captages d'eau d'origine souterraine dont le débit exploité est inférieur, en moyenne annuelle, à 100 mètres cubes par jour font également l'objet d'un simple périmètre de protection immédiate établi selon des modalités définies par arrêté du ministre chargé de la santé.
- ⑬ « Lorsque les résultats d'analyses de la qualité de l'eau issue des points de prélèvement mentionnés au troisième alinéa du présent article ne satisfont pas aux critères de qualité fixés par l'arrêté mentionné au même troisième alinéa, établissant un risque avéré de dégradation de la qualité de l'eau, un périmètre de protection rapprochée et, le cas échéant, un périmètre de protection éloignée, mentionnés au premier alinéa, sont adjoints au périmètre de protection immédiate. » ;
- ⑭ c) Le quatrième alinéa est supprimé ;
- ⑮ 2° Après l'article L. 1321-2-1, il est inséré un article L. 1321-2-2 ainsi rédigé :
- ⑯ « Art. L. 1321-2-2. – Par dérogation aux dispositions du livre I^{er} du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique et du chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de l'environnement, lorsqu'une modification mineure d'un ou de plusieurs périmètres de protection ou de servitudes afférentes mentionnés à l'article L. 1321-2 du présent code est nécessaire, l'enquête publique est conduite selon une procédure simplifiée, définie par décret en Conseil d'État et adaptée selon le type de modification. Cette procédure simplifiée ne s'applique pas lorsque la modification étend le périmètre de protection immédiate.
- ⑰ « Lorsque la modification n'intéresse qu'une ou certaines des communes incluses dans le ou les périmètres de protection, la mise à disposition du public du dossier de l'enquête publique peut, par dérogation aux dispositions du livre I^{er} du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique et du chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de l'environnement, être organisée uniquement sur le territoire de la ou des communes concernées. » ;
- ⑱ 3° Le second alinéa de l'article L. 1332-8 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑲ « Sont déterminées par décret les modalités d'application du présent chapitre :
- ⑳ « 1° Relatives aux différents types de piscine, notamment les règles sanitaires, de conception et d'hygiène qui leur sont applicables ainsi que les modalités de mise en œuvre du contrôle sanitaire organisé par le directeur général de l'agence régionale de santé et les conditions dans lesquelles la personne responsable d'une piscine assure la surveillance de la qualité de l'eau, informe le public et tient à la disposition des agents chargés du contrôle sanitaire les informations nécessaires à ce contrôle ;
- ㉑ « 2° Relatives aux baignades artificielles, notamment les règles sanitaires, de conception et d'hygiène auxquelles elles doivent satisfaire. »
- ㉒ II bis. – (Non modifié) Le code de l'environnement est ainsi modifié :
- ㉓ 1° Le V de l'article L. 212-1 est ainsi modifié :
- ㉔ a) Après le mot : « motivant, », la fin de la dernière phrase est ainsi rédigée : « à condition que l'état de la masse d'eau concernée ne se détériore pas davantage. » ;
- ㉕ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Les reports ainsi opérés ne peuvent excéder la période correspondant à deux mises à jour du schéma directeur d'aménagement et de gestion des eaux, sauf dans les cas où les conditions naturelles sont telles que les objectifs ne peuvent être réalisés dans ce délai. » ;
- ㉖ 2° Après l'article L. 652-3, il est inséré un article L. 652-3-1 ainsi rédigé :
- ㉗ « Art. L. 652-3-1. – Pour l'application à Mayotte de l'article L. 212-1, à la fin de la première phrase du V, l'année : 2015 » est remplacée par l'année : 2021 ». »
- ㉘ II ter. – (Non modifié) L'article L. 1432-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ㉙ 1° À la seconde phrase du premier alinéa du 2°, les mots : « , dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, » sont supprimés ;
- ㉚ 2° Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉛ « Le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider de fusionner les deux commissions mentionnées au 2°, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont précisées par décret. »

32 III. – (*Non modifié*) La première phrase du I de l'article L. 5141-14-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « Les titulaires d'autorisation de mise sur le marché de médicaments vétérinaires mentionnée à l'article L. 5141-5 ainsi que les entreprises assurant la fabrication, l'importation et la distribution d'aliments médicamenteux déclarent à l'autorité administrative compétente les médicaments vétérinaires comportant une ou plusieurs substances antibiotiques qu'ils cèdent ou qui sont cédés pour leur compte sur le territoire national. »

33 III *bis*. – (*Non modifié*) Le premier alinéa de l'article L. 142-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

34 « Les frais résultant des consultations et expertises ordonnées par les juridictions compétentes en application des articles L. 141-1 et L. 141-2 ainsi que dans le cadre des contentieux mentionnés à l'article L. 142-2, à l'exclusion du 4°, sont pris en charge par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1. »

35 IV. – (*Non modifié*) Le III de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du 1° du I du présent article, ne s'applique pas aux projets pour lesquels une procédure d'appel à projets mentionnée au I du même article L. 313-1-1 est engagée à la date de publication de la présente loi.

36 V. – (*Non modifié*) Les deuxième à quatrième alinéas de l'article L. 1321-2 du code de la santé publique, dans leur rédaction résultant des *a* et *b* du 1° du II du présent article, ne s'appliquent pas aux captages d'eau pour lesquels un arrêté d'ouverture d'une enquête publique relative à l'instauration d'un périmètre de protection a été publié à la date de publication de la présente loi.

37 VI. – Le III *bis* entre en vigueur le lendemain de la publication de la présente loi. Toutefois, à compter de la date d'entrée en vigueur de l'article 96 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, au premier alinéa de l'article L. 142-11 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'article L. 142-2, à l'exclusion du 4° » sont remplacés par les références : « aux 4°, 5°, 6°, 8° et 9° de l'article L. 142-1 ».

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

L'amendement n° 78 rectifié *ter*, présenté par MM. Mouiller, Bonne et Sol, Mme Dumas, MM. Daubresse, Guerriau, Morisset et D. Laurent, Mme Deromedi, M. L. Hervé, Mme Lamure, MM. Kennel et Mandelli, Mme Bruguière, MM. Moga, B. Fournier, Cuypers, Genest, Priou et Revet, Mmes Deroche, Ramond, Estrosi Sassone et Gruny, M. Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, M. Savary, Mmes L. Darcos, Lassarade, Canayer et Procaccia, M. Saury, Mmes Richer et Chauvin et MM. Poniatowski, de Nicolaÿ, Bouloux et Pointereau, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 313-1-1 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase du deuxième alinéa du I est supprimée ;

b) Au début du 1° du II, sont ajoutés les mots : « Les extensions et » ;

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Le texte suggère d'exonérer de la procédure d'appel à projets pour les établissements médico-sociaux, qui est lourde et chronophage, les projets de transformation d'établissements signataires d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ou CPOM.

Cet amendement vise à étendre cette exonération aux projets d'extensions ne dépassant pas un seuil capacitaire de 30 %.

M. le président. L'amendement n° 40 rectifié *ter*, présenté par Mme Malet, M. Charon, Mmes Deromedi et Morhet-Richaud, MM. Rapin et D. Laurent, Mmes Dindar, Garriaud-Maylam et Deroche, MM. Sido et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Détraigne, Cuypers, Perrin, Raison, Mandelli et Laménie, Mmes Delmont-Koropoulis et A.M. Bertrand et M. Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le II de l'article L. 313-1-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les projets d'extension de capacité des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du L. 312-1 ; »

La parole est à Mme Viviane Malet.

Mme Viviane Malet. Il s'agit d'ajouter à la liste des établissements exonérés de la procédure d'appels à projets les appartements de coordination thérapeutique.

La procédure est en effet trop lourde pour de petites structures, qui n'aspirent parfois qu'à ouvrir un très petit nombre de places. Cela permettrait à ces petits établissements de continuer à mailler les territoires où se trouvent les besoins.

M. le président. L'amendement n° 482, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéas 2 à 5

Remplacer ces alinéas par dix-sept alinéas ainsi rédigés :

1° L'article L. 313-1-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-1-1.* – I. – Sont soumis à autorisation des autorités compétentes en application de l'article L. 313-3, les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1, les projets de lieux de vie et d'accueil, ainsi que les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code.

« Lorsque les projets font appel, partiellement ou intégralement, à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé. Les financements publics mentionnés au présent alinéa s'entendent

de ceux qu'apportent directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, les personnes morales de droit public ou les organismes de sécurité sociale en vue de supporter en tout ou partie des dépenses de fonctionnement.

« Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue au deuxième alinéa du présent I s'applique.

« Les conditions d'application du présent I sont définies par décret en Conseil d'État.

« II. - Sont exonérés de la procédure d'appel à projet mentionnée au I :

« 1° Les projets d'extension inférieure à un seuil fixé par décret ;

« 2° Les opérations de regroupement d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux par les gestionnaires détenteurs des autorisations délivrées en application de l'article L. 313-1, si elles entraînent des extensions de capacités inférieures au seuil prévu au 1° du présent II ;

« 3° Les projets de transformation d'établissements ou de services ne comportant pas de modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1 ;

« 4° Les projets de transformation d'établissements et de services avec modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et sous réserve que, lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ;

« 5° Les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

« 6° Les projets de création et d'extension des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article L. 312-1 ;

« 7° Les projets d'extension de capacité des établissements et services médico-sociaux n'excédant pas une capacité de dix places ou lits, inférieure à un seuil fixé par décret ;

« 8° Les projets de création, de transformation et d'extension des centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1 ;

« 9° Les projets de création, de transformation et d'extension des établissements et services de l'État mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 315-2 ;

« 10° Les projets de création, de transformation et d'extension des établissements et services non personnalisés des départements et aux établissements publics

départementaux lorsqu'ils relèvent de la compétence exclusive du président du conseil départemental, mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 315-2.

« La commission d'information et de sélection mentionnée au I donne son avis sur les projets mentionnés au 4°, 5° et 10° du présent II. » ;

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement vise à récrire de façon plus lisible les dispositions régissant la procédure d'appel à projets préalable à l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Ces dispositions, adoptées en 2009 dans la loi HPST, ont été modifiées à diverses reprises pour ouvrir différents cas d'exonération, en particulier pour favoriser la transformation de l'offre sociale et médico-sociale. Ces modifications successives ont rendu ces dispositions peu lisibles pour les gestionnaires et pour les autorités administratives chargées de les mettre en œuvre.

Cet amendement a donc pour objet de les récrire en distinguant de façon plus claire le droit commun d'application de la procédure de procédure d'appel à projets et tous les cas d'exonération de la procédure d'appel à projets, dont certains figurent dans d'autres dispositions du code de l'action sociale et des familles.

Cet amendement de simplification vise à reprendre les dispositions de l'article 18 du présent texte, adopté en première lecture à l'Assemblée nationale, tendant à la suppression de l'obligation de recourir à un appel à projets pour une opération de transformation d'établissements et de services avec modification de la catégorie des bénéficiaires, dès lors que l'opération envisagée entraîne une extension de sa capacité.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 42 rectifié est présenté par Mmes Malet, Dindar, Deromedi, Morhet-Richaud et Billon, MM. Charon, Rapin et D. Laurent, Mmes Garriaud-Maylam et Deroche, MM. Sido et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat et MM. Cuypers, Perrin, Raison, Poniatowski, Mandelli et Laménie.

L'amendement n° 739 est présenté par MM. Sueur, 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 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, Préville, S. Robert et Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 4

Après la référence :

L. 312-1,

insérer les mots :

à l'exception des appartements de coordination thérapeutique, des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie, et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues mentionnés au 9° du I du même article L. 312-1,

La parole est à Mme Viviane Malet, pour présenter l'amendement n° 42 rectifié.

Mme Viviane Malet. Il s'agit de permettre aux petits établissements médico-sociaux qui maillent l'ensemble du territoire national de demeurer des établissements de proximité assurant des missions ambulatoires ou résidentielles.

Ne pas les regrouper évitera de concentrer des situations de précarité dans un contexte hospitalier et permettra aux personnes malades de continuer de bénéficier d'un accompagnement ouvert en milieu ordinaire.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Pierre Monier, pour présenter l'amendement n° 739.

Mme Marie-Pierre Monier. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces cinq amendements ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 78 rectifié *ter* est particulièrement bienvenu, mais, comme la commission l'a déjà dit à ses auteurs, nous suggérons son retrait au profit de l'amendement du Gouvernement qui tend à s'en inspirer largement.

L'amendement n° 40 rectifié *ter* vise à exonérer de procédure d'appel à projets tout projet d'extension d'appartement de coordination thérapeutique. Il a paru préférable à la commission de se ranger à l'amendement ultérieur du Gouvernement, qui tend à poser le principe général d'une exonération de la procédure pour toute extension inférieure au seuil de 30 %.

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

L'amendement du Gouvernement est lui aussi particulièrement bienvenu, dans la mesure où, d'une part, il tend à simplifier l'article énumérant les cas d'exonération de la procédure d'appel d'offres, et, d'autre part, ses dispositions vont au bout de la cohérence voulue par le Gouvernement, en exonérant tout projet d'extension de moins 30 % d'un établissement ou d'un service médico-social.

Je précise que la condition de signature d'un CPOM est maintenue pour les exonérations s'appliquant aux transformations des établissements impliquant une modification de la catégorie des bénéficiaires.

La commission est donc favorable à cet amendement.

En l'état actuel de leur rédaction, les amendements identiques n° 42 rectifié et 739 tendent à proposer que toute transformation d'établissement médico-social impliquant, au sein d'un même CPOM, la création ou le remplacement d'un appartement de coordination thérapeutique d'un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues, ou Caarud, ou d'un centre spécialisé en addictologie, soit nécessairement conditionnée à un appel à projets préalable.

Dans l'immense majorité des cas, la taille réduite de ces structures les exonère heureusement des lourdeurs de cette procédure. L'adoption de ces amendements en l'état ne paraît donc pas souhaitable à la commission.

En outre, l'exposé des motifs de ces amendements suggère que leur objectif visait davantage à contester l'intégration de ces établissements spécifiques au périmètre des CPOM.

Là encore, la commission ne peut s'y montrer que défavorable en raison des opportunités budgétaires que présente l'intégration de ces structures isolées et éclatées à des outils plus larges de restructuration de l'offre.

La commission demande donc le retrait de ces deux amendements identiques ; à défaut, elle émettrait un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Procaccia, l'amendement n° 78 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Catherine Procaccia. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 78 rectifié *ter* est retiré.

Madame Malet, les amendements n° 40 rectifié *ter* et 42 rectifié sont-ils maintenus ?

Mme Viviane Malet. Non, je les retire, monsieur le président.

M. le président. Les amendements n° 40 rectifié *ter* et 42 rectifié sont retirés.

Je mets aux voix l'amendement n° 482.

(L'amendement est adopté.)

En conséquence, l'amendement n° 739 n'a plus d'objet.

Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 738, 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 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, 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 :

Alinéas 6 et 7

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Mon collègue Savary n'est pas présent, mais je vais malgré tout éviter les sigles. *(Sourires.)*

Cet amendement, qui nous a été proposé par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, l'ANPAA, vise à supprimer une disposition non adaptée à la réalité des acteurs visés, les associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques – Les Lits halte soins santé, ou LHSS, les lits d'accueil médicalisés, les appartements de coordination thérapeutique, les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie et les Caarud, ou centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques, pour usagers de drogues.

L'extension de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, l'EPRD, aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les CPOM, non obligatoires, alourdit considérablement la procédure budgétaire et de tarification pour ces structures médico-sociales qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques de taille réduite.

Généraliser l'EPRD fragiliserait les structures qui n'ont pas toujours les ressources en interne pour ce type de procédure. Cela reviendrait non à leur simplifier la tâche, mais à la leur complexifier. Cette disposition pourrait être un frein pour les établissements et services médico-sociaux spécifiques signant les CPOM en s'engageant sur la base du volontariat, dans une logique de contractualisation.

Les ARS ne sont pas, à ce jour, en mesure d'accompagner et de suivre ces nouvelles procédures dans les meilleures conditions.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 85 rectifié *bis* est présenté par MM. Mouiller, Bonne et Sol, Mme Dumas, MM. Daubresse, Guerriau, Morisset et D. Laurent, Mme Deromedi, M. L. Hervé, Mme Lamure, MM. Kennel et Mandelli, Mme Bruguière, MM. Moga, B. Fournier, Cuypers, Genest, Priou et Revet, Mmes Deroche, Ramond, Estrosi Sassone et Gruny, M. Brisson, Mmes Bonfanti-Dossat, L. Darcos, Lassarade, Canayer et Richer et M. de Nicolaÿ.

L'amendement n° 565 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 :

I. – Alinéas 6 et 7

Remplacer ces alinéas par sept alinéas ainsi rédigés :

2° L'article L. 313-11 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « ans », sont insérés les mots : « , prorogables dans la limite d'une sixième année » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces contrats impliquent un ou plusieurs établissements ou services mentionnés aux 6°, 7°, 9° et 12° du I de l'article L. 312-1, sans qu'ils relèvent du IV *ter* de l'article L. 313-12 ou de l'article L. 313-12-2, et qu'ils fixent les éléments pluriannuels du budget de ces établissements et services, le cadre budgétaire appliqué est l'état des prévisions de recettes et de dépenses, dont le modèle est fixé par l'arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales prévu à la deuxième phrase de l'article L. 314-7-1, à la demande du gestionnaire et sous réserve de l'accord de l'autorité de tarification compétente. »

I *bis*. – Après l'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-7-... ainsi rédigé :

« Art. L. 314-7- – Lorsque l'état des prévisions de recettes et de dépenses mentionné à l'article L. 314-7-1 s'applique à un contrat pluriannuel d'objectifs et de

moyens mentionné à l'article L. 313-11, l'élaboration et la présentation de ce document budgétaire peut, sous réserve de l'accord des parties, être réalisée par anticipation au titre de l'exercice budgétaire qui précède l'entrée en vigueur du contrat. Dans ce cas, le gestionnaire élabore le budget des établissements et services concernés, dans le délai mentionné à l'article L. 315-15, à partir des dernières notifications budgétaires effectuées par l'autorité de tarification compétente. Les recettes prévues par le gestionnaire peuvent comprendre une actualisation des moyens qui n'engage pas cette autorité. Les règles budgétaires liées à l'état des prévisions de recettes et de dépenses s'appliquent dès cet exercice. À la clôture de celui-ci, le gestionnaire affecte les résultats comptables conformément aux dispositions du contrat.

« À défaut de conclusion du contrat mentionné à l'article L. 313-11 au plus tard dans les douze mois qui suivent l'acceptation par l'autorité chargée de la tarification de la présentation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, les règles budgétaires prévues au présent article ne sont plus applicables. »

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

– Le I *bis* entre en vigueur le 1^{er} octobre 2019.

L'amendement n° 85 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

La parole est à M. Michel Amiel, pour présenter l'amendement n° 565.

M. Michel Amiel. Cet amendement, dont la philosophie est proche de celle qui animait l'amendement précédent, vise à faciliter le retour aux CPOM, les fameux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, pour les établissements sociaux et médico-sociaux, en simplifiant la présentation des comptes sous la forme d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses, l'EPRD.

L'objectif est de développer plus largement le recours aux CPOM, qui est une façon de développer un outil majeur de la régulation de l'offre de soins.

M. le président. L'amendement n° 134 rectifié, présenté par M. Sol, Mmes Eustache-Brinio et Deroche, MM. Calvet et Guerriau, Mme L. Darcos, MM. Brisson et Morisset, Mmes Bruguière, Gruny, Morhet-Richaud, Berthet, Deromedi et Bonfanti-Dossat, MM. Decool et Moga, Mme Kauffmann, MM. Lefèvre, Détraigne, Genest et Ponia-towski, Mme Raimond-Pavero, M. Mouiller, Mmes Garriaud-Maylam et Chauvin, MM. Mandelli et Bonne, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Laménie, Meurant, Pierre, Piednoir et Bouloux, Mme A. M. Bertrand, M. Charon et Mme Lamure, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces contrats impliquent un ou plusieurs établissements ou services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1, ils prennent en compte, le cas échéant, le nombre d'infirmiers auxquels ils recourent titulaires d'une spécialisation en gériatrie répondant à des conditions fixées par décret. »

La parole est à Mme Martine Berthet.

Mme Martine Berthet. Cet amendement vise à faire en sorte que les CPOM conclus avec des établissements ou services de prise en charge de personnes âgées, notamment les Ehpad, prennent en compte, ce qui semble la moindre des choses, la qualification de leurs infirmiers en ce domaine.

Il appartiendra au pouvoir réglementaire de fixer les conditions d'accès à cette spécialisation.

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

M. Alain Milon, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 738, la proposition d'intégration au CPOM de certains établissements médico-sociaux chargés de prendre en charge les troubles en addictologie ou l'attribution de soins spécifiques a été formulée il y a déjà plusieurs années. Son objectif était précisément de rendre plus pertinent le maillage territorial de ces structures en les faisant bénéficier des effets de taille et des économies d'échelle suscitées par l'absorption dans un même CPOM.

Les craintes exprimées au travers de cet amendement n'ont pas lieu d'être. L'intégration d'une structure de type Caarud dans un CPOM, avec application obligatoire d'un EPRD, ne posera pas de problème. En effet, nous nous plaçons dans le cas d'un gestionnaire unique de plusieurs établissements, avec une capacité de mutualisation des fonctions juridiques et des fonctions d'apport.

Par ailleurs, un amendement déposé par nos collègues vise à aménager quelques cas d'exception pour une application progressive de ce nouveau cadre budgétaire.

À moins d'un retrait, la commission émettrait donc un avis défavorable.

Monsieur Amiel, l'amendement n° 565 vise à apporter plusieurs assouplissements bienvenus dans les deux démarches distinctes de conclusion de CPOM et de présentation d'état budgétaire sous la forme d'un EPRD.

Bien que la commission s'y montre favorable, elle tient à réitérer l'avertissement qu'elle formule depuis quelques mois.

Tout d'abord, chaque fois qu'il est question des CPOM et des EPRD, la tendance actuelle tendant à y voir des remèdes miraculeux d'une restructuration de l'offre médico-sociale présente deux risques importants, dont la portée, à notre sens, est insuffisamment prise en compte par le Gouvernement. On ne peut se contenter de définir le cadre contractuel de ces établissements sans s'intéresser de près à leurs projets. À cet égard, les dispositions législatives manquent cruellement de contenu.

Ensuite, la promotion de CPOM de grande ampleur fait courir le risque de filières renforcées et contredit le principe du parcours modulaire, pourtant promu par le Gouvernement.

La commission émet donc un avis favorable, assorti d'un appel à la prudence.

En ce qui concerne l'amendement n° 134 rectifié, enfin, la commission émet un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis : le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 738, favorable à l'amendement n° 565 et défavorable à l'amendement n° 134 rectifié.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 738.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 565.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 134 rectifié n'a plus d'objet.

L'amendement n° 79 rectifié *quater* n'est pas soutenu.

Je suis saisi de sept amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les trois premiers sont identiques.

L'amendement n° 344 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

L'amendement n° 612 rectifié *bis* est présenté par M. Husson, Mme Lavarde, M. Bascher, Mmes Gruny et Lassarade, MM. Lefèvre, Savin et Brisson, Mmes L. Darcos, Deromedi et Noël et MM. Houpert, Sido, Mandelli, Laménie, Revet et Karoutchi.

L'amendement n° 686 est présenté par MM. Tissot, J. Bigot et Bérit-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllegatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévile et Tocqueville, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Rossignol, Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mme Harribey, M. Lurel, Mme Blondin, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mmes Ghali et G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, M. Temal et les membres du groupe socialiste et républicain.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 9 à 17

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Pascal Savoldelli, pour présenter l'amendement n° 344.

M. Pascal Savoldelli. L'article 18 contient plusieurs mesures dites de simplification qui cachent en fait un recul du droit existant. Il en va ainsi des dispositions qui prévoient de simplifier la procédure d'instauration des périmètres de protection des captages d'eau destinés à l'alimentation humaine.

L'article 18 prévoit de ne conserver qu'un périmètre de protection immédiate pour les captages dont le débit est inférieur à 100 mètres cubes par jour. Les autres périmètres de protection seraient maintenus uniquement une fois que l'on aurait constaté que l'eau est déjà polluée. C'est original ! *(Sourires.)*

Il existe aujourd'hui trois périmètres de protection. Le premier, dit « immédiat », se situe quelques mètres autour du point de captage. Le deuxième, appelé « rapproché », s'étend une dizaine d'hectares autour et en amont hydraulique de l'ouvrage, l'objectif étant de protéger le captage de la migration souterraine des substances polluantes. Le troisième, dit « éloigné », correspond à la zone d'alimentation du point d'eau et parfois même à l'ensemble du bassin versant. Il doit permettre de renforcer la protection contre les pollutions permanentes ou diffuses.

Il faut garder à l'esprit que les périmètres de protection sont des outils essentiels pour prévenir et diminuer toute cause de pollution susceptible d'altérer la qualité de l'eau potable.

Or ce qui est proposé, c'est de systématiser dans certains cas le recours à un simple périmètre de protection immédiate. La loi passerait d'une logique de prévention de la pollution de l'eau à une logique contraire au principe de précaution selon laquelle la pollution devrait être évitée. On attend que la pollution soit évitée; après quoi, on met en place une protection plus importante!

De plus, la détermination du niveau de protection en fonction du volume d'eau prélevé risque d'introduire une distorsion de protection entre les territoires.

Je fais ici appel à mes collègues élus d'un département rural. En effet, la grande majorité des captages à un débit inférieur à 100 mètres cubes par jour appartiennent le plus souvent à de petites communes en zone rurale. Le résultat, c'est que les petites communes ont des ressources en eau moins bien protégées que les autres, ce qui ne nous semble pas acceptable.

Enfin, cet article restreint la participation du public à l'élaboration des actes modifiant les périmètres de protection des captages, ce qui ne nous paraît pas pertinent.

Nous demandons donc la suppression de cette disposition, car elle est contraire, à nos yeux, à toutes les politiques publiques mises en œuvre pour protéger les ressources en eau.

M. le président. La parole est à Mme Christine Lavarde, pour présenter l'amendement n° 612 rectifié *bis*.

Mme Christine Lavarde. Cette présentation vaudra également explication de vote.

Une fois n'est pas coutume, je partage complètement les propos qui viennent d'être tenus par mon collègue Savoldelli. Alors qu'il est possible d'exonérer de procédure pour les petits captages, cette souplesse, autorisée par le droit, n'est jamais mise en œuvre. En fait, le projet de loi transformerait une simple faculté en une obligation.

Enfin, madame la ministre, j'anticiperai les arguments que vous allez sans doute nous exposer contre ces amendements. Je vous rejoins d'emblée sur le fait qu'il est urgent de simplifier la procédure, car le délai moyen de trois ans pour obtenir un périmètre de protection est bien trop long. Mais peut-être est-il possible de le faire autrement qu'au détriment de la qualité de l'eau. Tel est l'enjeu des alinéas que ces amendements visent à supprimer.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 686.

M. Yves Daudigny. Cet amendement a pour origine l'association France Nature Environnement. Tout d'abord défendu par Jean-Claude Tissot, il a été repris par plusieurs de nos collègues.

Je veux insister sur un point: le projet de loi prévoit que les captages d'eau d'origine souterraine, dont le débit exploité est inférieur en moyenne annuelle à 100 mètres cubes par jour, ne feront l'objet que d'un simple périmètre de protection immédiate, rendant impossible de mettre en place un périmètre de protection rapproché ou éloigné, à moins que l'eau ne soit déjà polluée.

Cela a pour conséquence, comme mon collègue l'a indiqué, que l'on passe, pour les petits captages, d'une logique de prévention de la pollution de l'eau à une logique dans laquelle la pollution doit être évitée pour que la protection soit mise en place.

M. le président. Les amendements n° 80 rectifié *bis*, 81 rectifié *ter*, 82 rectifié *ter* et 83 rectifié *ter* ne sont pas soutenus.

Quel est l'avis de la commission?

M. Alain Milon, rapporteur. L'instauration d'un périmètre simple de protection immédiate autour des petits captages d'eau d'origine souterraine ne se traduira pas par une diminution de la qualité de l'eau.

Cette procédure s'appliquera uniquement aux captages qui ne bénéficient aujourd'hui d'aucun périmètre de protection, soit près de 20 % au total. En effet, la procédure actuelle est longue et complexe. Il s'agit donc d'une mesure pragmatique visant à remédier à une mauvaise application de la loi.

Par ailleurs, en cas de risque avéré de dégradation de la qualité de l'eau identifié lors de l'étude préalable à toute mise en place d'un périmètre de protection, le périmètre de protection immédiate sera complété par un périmètre de protection rapproché, voire par un périmètre de protection éloigné.

Quant à la procédure d'enquête publique simplifiée, qui sera définie par décret en Conseil d'État, elle visera essentiellement à limiter la consultation du public aux seules communes affectées par une modification mineure des périmètres de protection et de permettre une dématérialisation de la procédure.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission a émis un avis défavorable sur ces amendements identiques.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Marc Laménie, pour explication de vote.

M. Marc Laménie. Je comprends les préoccupations qui ont animé les auteurs de ces amendements. Il est vrai que l'eau, les sources et les forages sont des biens précieux. Les procédures de périmètre de protection, immédiat, rapproché et éloigné, font l'objet d'études géologiques, de l'intervention d'hydrologues, de déclarations d'études publiques et de procédures rigoureuses.

Par ailleurs, se posent des problèmes de financement; naguère traités par les DDASS, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales, ceux-ci relèvent dorénavant des ARS, les agences régionales de santé. Outre le sujet des analyses d'eau, il faut aussi prendre en compte les enjeux de santé publique et autres, qui sont des sujets particulièrement importants.

Je puis comprendre l'intérêt des amendements. Néanmoins, je me rallierai aux avis de la commission et du Gouvernement.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 344, 612 rectifié *bis* et 686.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Mes chers collègues, il est minuit. Il nous reste 112 amendements à examiner sur ce texte. Je vous propose de prolonger notre séance jusqu'à minuit et demi.

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

Il en est ainsi décidé.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 234 rectifié *bis*, présenté par Mmes Harribey et Artigalas, M. J. Bigot, Mmes Bonnefoy et Conway-Mouret, M. Duran, Mme Guillemot, M. P. Joly, Mme G. Jourda et M. Kerrouche, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 28

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase du 2°, le mot : « Deux » est remplacé par le mot : « Trois » ;

II. – Après l'alinéa 30

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« - dans les domaines de l'aménagement en santé du territoire. Ses membres ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de cette commission ne peut être pris en charge par une personne publique.

La parole est à Mme Viviane Artigalas.

Mme Viviane Artigalas. Les élus locaux sont directement concernés par l'organisation de l'offre de soins sur les territoires. Ils s'y impliquent depuis des années et y consacrent de plus en plus de financements, en soutenant notamment les projets des professionnels de santé.

Or ils se sentent trop souvent exclus des processus de décision, relégués à un rôle de financeurs et seulement présents dans des instances de concertation au milieu d'autres acteurs de la santé qui n'ont pas tous les mêmes intérêts.

Nous proposons donc qu'une nouvelle commission de coordination des politiques de santé soit instituée pour traiter spécifiquement de de l'aménagement en santé des territoires. Les modalités de son organisation prévoyant sa déclinaison départementale seront fixées par décret.

M. le président. L'amendement n° 603 rectifié, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 29

Remplacer cet alinéa par trois alinéas ainsi rédigés :

1° Au premier alinéa du 2° , le mot : « Deux » est remplacé par le mot : « Trois » et les mots : « , dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, » sont supprimés ;

2° Le 2° est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« - dans le domaine de l'organisation territoriale des soins. Les membres de cette commission ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de cette commission ne peut être pris en charge par une personne publique. »

II. – Alinéa 31

Remplacer les mots :

les deux

par les mots :

, sous réserve de l'avis conforme d'une majorité qualifiée de leurs membres, les trois, ou deux des trois

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. De multiples acteurs interviennent dans la coordination des politiques de santé. Dans un souci d'optimisation de l'offre de soins, il est nécessaire de mieux coordonner ces interventions. Et pour cela, il faut réunir ces acteurs publics de la santé au sein de commissions.

Il en existe déjà deux qui se partagent les domaines d'intervention des acteurs publics, l'une traite plutôt des thématiques sanitaires et l'autre coordonne l'accompagnement médico-social.

Au travers de cet amendement, nous proposons de créer une troisième commission spécifiquement dédiée à l'organisation territoriale des soins. Les commissions, dans la mesure où elles sont parfois composées des mêmes membres, auront la faculté de fusionner entre elles à la majorité qualifiée de leurs membres.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 18 simplifie le fonctionnement des ARS, en permettant au directeur général de fusionner les deux commissions de coordination des politiques publiques de santé respectivement compétentes dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé scolaire et de la santé au travail, de la protection maternelle et infantile, d'une part, et dans le domaine de la prise en charge et des accompagnements médico-sociaux, d'autre part.

Toutefois, cette mesure de simplification ne répond pas à l'ensemble des besoins des élus locaux représentés au sein de ces commissions. Ainsi, disposer d'une instance où l'on traite de l'offre de soins est une demande forte des collectivités locales, des régions, en particulier.

Les deux amendements visent à répondre à cette préoccupation.

L'amendement n° 234 rectifié *bis* tend à ajouter, à côté des deux commissions existantes, une troisième commission, compétente dans le domaine de l'aménagement de la santé des territoires.

L'amendement n° 603 rectifié a pour objet de créer une troisième commission compétente dans le domaine de l'organisation territoriale de soins et de prévoir la possibilité de fusionner les trois commissions ou deux d'entre elles.

Parmi ces amendements, le plus abouti est celui dont les dispositions s'articulent le mieux avec le dispositif de simplification prévu à l'article 18, tout en répondant à la demande d'une instance de coordination territoriale de l'offre de soins. Il s'agit de l'amendement n° 603 rectifié. La commission y est favorable, alors qu'elle émet un avis défavorable sur l'amendement n° 234 rectifié *bis*.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vais faire un bref rappel historique. Je m'étais engagée, devant l'Assemblée nationale, à engager une réflexion. Il s'agissait de traiter la demande des élus de disposer d'un cadre spécifique pour échanger avec les services de l'État et de l'assurance maladie sur les sujets d'organisation territoriale des soins. Il me semble que les dispositions de ces amendements répondent tout à fait à l'esprit de mon engagement.

Par conséquent, j'émet un avis favorable sur l'amendement n° 603 rectifié et je suggère aux auteurs de l'amendement n° 234 rectifié *bis* de bien vouloir le retirer à son profit.

M. le président. Madame Artigalas, l'amendement n° 234 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Viviane Artigalas. L'adoption de l'amendement n° 603 rectifié permettra d'atteindre l'objectif que nous visons. Je retire donc bien volontiers mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 234 rectifié *bis* est retiré. Je mets aux voix l'amendement n° 603 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 281, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 31

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

– Au deuxième alinéa du 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après les mots : « promotion de la santé », sont insérés les mots : « , de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins ».

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Les dispositions de cet amendement tiennent compte de la discussion qui a eu lieu à l'Assemblée nationale, ainsi que de l'intérêt manifeste que vous portez à ce sujet, madame la ministre, et de votre engagement à y réfléchir. En effet, il existe actuellement deux commissions de coordination des politiques publiques de santé en lien avec les ARS. Chacune traite de thématiques spécifiques.

Toutefois, il nous semble qu'un sujet majeur n'est pas couvert pour l'instant par ces deux commissions, il s'agit de la lutte contre les inégalités territoriales et de l'accès aux soins.

Nous avons déjà eu l'occasion de vous faire part de notre inquiétude quant à ces inégalités, qui se creusent aujourd'hui en France, entre les régions, entre les départements, et parfois même à l'échelle infradépartementale, voire d'un quartier à l'autre dans une même ville.

Vous avez manifesté votre intérêt, madame la ministre, pour cette question, sans que soit pour autant créée une troisième commission. Telles sont les raisons pour lesquelles, par cet amendement, nous vous proposons qu'elle soit intégrée à la première commission qui est en charge de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

Cette dimension de lutte contre les déserts médicaux ne peut plus être absente des politiques menées par les ARS.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement est satisfait par l'amendement n° 603 rectifié qui vient d'être adopté. Nous en demandons donc le retrait.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Apourceau-Poly, l'amendement n° 281 est-il maintenu ?

Mme Cathy Apourceau-Poly. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 281 est retiré.

L'amendement n° 811, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 37

Rédiger ainsi cet alinéa :

VI. - Au 14° du IV de l'article 96 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, les mots : « 5° et 6° de l'article L. 142-2 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 142-2, à l'exclusion du 4° », et les mots : « 8° et 9° de l'article L. 142-1 » sont remplacés par les mots : « aux 4°, 5°, 6°, 8° et 9° de l'article L. 142-1 ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination avec la loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 811.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 158 rectifié *bis*, présenté par MM. Bonne et Bonhomme, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bascher et Chaize, Mmes L. Darcos, Delmont-Koropoulis, Estrosi Sassone, Bruguière et Lassarade, MM. Lefèvre, D. Laurent et Laménie, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, MM. Mayet, Manable, Mandelli, Moga, Mouiller, Morisset, Pellevat, Revet, Savary, Vogel et Dériot, Mme A.M. Bertrand, M. J.M. Boyer et Mmes Deroche et Lamure, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– Au premier alinéa de l'article 63 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, après le mot : « mentionnés », sont insérés les mots : « au 6° et ».

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Cet amendement tend à s'inscrire dans la perspective ouverte par le rapport de notre collègue Philippe Mouiller, à la suite duquel le Sénat a adopté au PLFSS 2019 un mécanisme innovant de délégation de gestion entre autorités de tarification, ARS et conseils départementaux, pour les établissements et services cofinancés dans le secteur du handicap.

L'objet du présent amendement est d'élargir ce dispositif aux Ehpad, qui se caractérisent eux aussi par une dommageable dualité d'autorités tarifaires.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Nous avons voté au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'an dernier, avec l'avis favorable du Gouvernement, une disposition inspirée du rapport de notre collègue Philippe Mouiller, visant à atténuer les effets dommageables de la double tarification de certains établissements et services médico-sociaux accueillant les personnes handicapées.

L'objectif était de permettre aux foyers d'accueil médicalisés, les FAM, et aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, les Samsah, qui relèvent de la double compétence tarifaire de l'ARS et du conseil départemental, de ne plus répondre qu'à un seul interlocuteur tarifaire, à la condition d'un accord préalable entre ces deux derniers.

Le présent amendement tend à étendre ce dispositif aux Ehpad, dont la gestion est considérablement complexifiée par la dualité des financeurs.

Outre qu'il vise à répondre aux préconisations formulées par notre collègue Bernard Bonne dans plusieurs de ses rapports, il tend à s'inscrire dans la cohérence des annonces faites par la direction générale des affaires sociales concernant la fusion des secteurs soins et dépendance des Ehpad.

J'émet donc, au nom de la commission, un avis favorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous avons réalisé un énorme travail sur l'évolution des modes d'hébergement et des modes du financement du grand âge et de la perte d'autonomie.

Le rapport de Dominique Libault nous a été remis il y a quelques semaines, et nous travaillons, au sein de groupes de concertation pour construire, d'ici à la fin de l'année, un projet de loi qui traitera des modes de financement de la tarification.

Il me semble tout à fait prématuré d'inscrire dans ce texte des dispositions qui sont en train d'être travaillées, en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, pour faire l'objet d'une loi à la fin de l'année.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 158 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 486, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– L'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « le 31 décembre 2021 » ;

2° Au dernier alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2021 ».

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a permis la mise en œuvre d'expérimentations d'un modèle d'organisation intégrée des services polyvalents d'aides et de soins à domicile, les Spasad intégrés.

Ceux-ci ont pour objectif de renforcer les liens entre les différents services intervenant aux domiciles des personnes âgées ou handicapées : ceux qui sont en charge de l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les SAAD, et ceux qui y dispensent des soins, les services de soins infirmiers à domicile, les Ssiad, afin de favoriser une prise en charge coordonnée et globale.

Ces expérimentations avaient une durée fixée par la loi de deux ans, avec la perspective de contribuer à l'évolution législative ou réglementaire dans ce domaine, afin de permettre une meilleure lisibilité de l'offre pour l'usager et les aidants et de contribuer à une amélioration des prises en charge.

Or le rapport remis à la ministre des solidarités et de la santé, à la suite de la concertation nationale Grand âge et autonomie, aborde plus globalement la question de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées. Elle approfondit en particulier les questions relatives à l'articulation des différentes offres et des modalités d'organisation à privilégier.

Les questions du devenir des services polyvalents d'aide et de soins à domicile et des suites à donner à l'expérimentation de leurs formes intégrées sont dès lors inscrites à l'ordre du jour des discussions.

Il convient donc d'articuler et de mettre en cohérence la suite donnée aux expérimentations en cours avec les orientations plus globales issues de la concertation et qui seront mises en œuvre au travers d'un projet de loi à venir d'ici à la fin de l'année 2019.

Dans ce contexte, afin de ne pas interrompre les organisations des Spasad intégrés, je propose, *via* cet amendement, de prolonger les expérimentations en cours.

L'article proposé prévoit également que le prolongement de la durée de l'expérimentation permette l'éligibilité des actions de prévention aux financements prévues de la conférence des financeurs, de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées sur l'ensemble de la période.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Tout à fait favorable !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 486.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 18, modifié.

(L'article 18 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 18

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 167 rectifié est présenté par M. Dériot, Mme Imbert, MM. Milon et Morisset, Mme Deromedi, M. Bonhomme, Mme Lassarade, MM. Revet, Savary, Mouiller, Cuypers, Mandelli, Charon, Bouloux et Pointereau et Mme Deroche.

L'amendement n° 508 rectifié *bis* est présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville et Wattedled, Mmes Guillotin, Noël et Berthet, MM. Gabouty et Nougéin, Mme N. Delattre et M. Laménie.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5125-14 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Tout contrat ayant vocation à permettre l'entrée dans le capital d'une société d'officine, de personnes non titulaires d'un titre, diplôme ou certificat de pharmacien mentionnés aux articles L. 4221-1 et suivants, est porté à la connaissance du conseil de l'ordre compétent dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 4221-19. »

La parole est à M. Gérard Dériot, pour présenter l'amendement n° 167 rectifié.

M. Gérard Dériot. La législation interdit à des investisseurs extérieurs d'être propriétaires d'une officine.

Cependant, des montages financiers détournent cette disposition du code de la santé publique : certains fonds d'investissement proposent aujourd'hui à de jeunes pharmaciens désireux d'acquérir leur première pharmacie des obligations convertibles en action, ou OCA, alternatives ou compléments des prêts bancaires classiques.

L'émission d'OCA permet à une société d'exercice libéral d'émettre des obligations convertibles en actions en faveur d'un fonds d'investissement ; celui-ci, en contrepartie, prête à des taux prohibitifs l'argent nécessaire à l'acquisition de l'officine. Ce montage spéculatif permet à ces fonds extérieurs d'investir dans des officines.

Les contrats des OCA sont financièrement particulièrement contraignants, de même que les modalités de remboursement. En effet, les objectifs du fonds ne prennent pas en compte la gestion de l'officine ou sa trésorerie. Ces contrats nuisent clairement à l'indépendance du pharmacien, qui doit rembourser des taux d'intérêt prohibitifs.

Ces contrats doivent être transmis à l'ordre national des pharmaciens afin qu'il puisse s'assurer du respect de la législation en vigueur.

Cet amendement vise donc à éviter des catastrophes financières.

M. le président. La parole est à M. Claude Malhuret, pour présenter l'amendement n° 508 rectifié *bis*.

M. Claude Malhuret. Mon collègue et ami Gérard Dériot a parfaitement expliqué l'objet de son amendement, identique à celui-ci. Je ne saurais faire mieux qui lui ; ses arguments seront les miens.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Voilà des amendements qui tendent à consolider le principe d'indépendance professionnelle des pharmaciens, auquel nous sommes très attachés !

La commission a donc émis un avis favorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement préférerait que ces amendements soient retirés, au profit des amendements identiques n° 6 rectifié *ter*, 36 rectifié *ter*, 244 rectifié *ter* et 538 rectifié *quater*, déposés à l'article 23.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 6 rectifié *ter*, qui a été déposé par Mme Imbert, a reçu de la commission un avis favorable, de même donc que les amendements qui lui sont identiques. Si M. Dériot et M. Malhuret y consentent, je ne vois pas d'obstacle à ce que les amendements qu'ils viennent de défendre soient retirés au profit de ceux-là, bien au contraire.

M. le président. Monsieur Dériot, l'amendement n° 167 rectifié est-il maintenu ?

M. Gérard Dériot. Non, dans ces conditions, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 167 rectifié est retiré.

Monsieur Malhuret, l'amendement n° 508 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Claude Malhuret. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 508 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 567, présenté par MM. Mohamed Soilihi, Hassani, Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Haut, Karam, Marchand, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4412-1 du code de la santé publique est abrogé.

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Cet amendement a pour objet les questions pharmaceutiques qui se posent à Mayotte. Il vise à supprimer l'article L. 4412-1 du code de la santé publique.

Par dérogation, les dispensaires de secteur de Mayotte sont autorisés à délivrer gratuitement les médicaments, objets, articles ou produits mentionnés à cet article du code. Ces dispensaires se sont développés à Mayotte il y a une trentaine d'années ; ils étaient à l'époque destinés à des missions bénévoles et préventives de vaccination. Ils sont rattachés à l'hôpital.

Néanmoins, s'agissant de la délivrance des médicaments, les moyens accordés à la pharmacie à usage interne du centre hospitalier de Mayotte ne lui permettent pas d'assurer une présence pharmaceutique continue en tout point de dispensation. Il n'y a donc pas systématiquement de pharmacien présent. Les médicaments y sont délivrés, la plupart du temps, sans aucun contrôle pharmaceutique.

En conséquence, le présent amendement tend à revenir sur ces délivrances, afin de sécuriser le parcours de soins des Mahorais.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Favorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vous demanderai de retirer cet amendement, monsieur le sénateur, pour les raisons que je vais vous exposer.

Certes, nous comprenons votre préoccupation et votre volonté de voir Mayotte se rapprocher du droit commun et retrouver des pharmaciens d'officine. Cela dit, ces dispensaires jouent aujourd'hui un rôle très important pour l'accès à la santé à Mayotte au vu de la démographie des professionnels de santé.

Cette situation est évidemment appelée à évoluer dans le bon sens. Nous avons en effet fait le choix d'une réponse spécifique aux besoins de santé des Mahorais en instaurant la gratuité pour les assurés aux ressources modestes. Cette mesure est en cours de déploiement depuis le 1^{er} mai 2019. Elle devrait permettre aux pharmacies de droit commun de renforcer leur rôle. De fait, le nombre de dispensaires qui pratiquent cette activité s'est déjà considérablement réduit : il n'en reste que deux.

Néanmoins, je souhaite conserver un peu plus longtemps la possibilité qui est ouverte au directeur général de l'agence de santé d'autoriser ces dispensaires à délivrer des médicaments et des dispositifs médicaux. En effet, cela reste une

mesure de santé publique essentielle dans le contexte actuel. Cette dernière sera toujours aussi peu utilisée, mais elle permettra de résoudre des situations locales problématiques.

En vérité, l'adoption de votre amendement ne ferait pas totalement obstacle, juridiquement parlant, à cette pratique qui est en vigueur depuis plusieurs décennies sur cette île. La base légale de la dispensation gratuite de médicaments par les dispensaires demeurerait. En revanche, son adoption aurait pour effet de supprimer l'autorisation préalable de l'agence de santé et la nécessité actuelle de placer cette activité sous la responsabilité d'un médecin. En réalité, cela dégraderait le regard que l'ARS a sur ces deux dispensaires et sa capacité de réguler cette pratique dans l'avenir.

C'est pourquoi, monsieur le sénateur, je vous demande de bien vouloir retirer cet amendement, faute de quoi le Gouvernement lui serait défavorable.

M. le président. Monsieur Amiel, l'amendement n° 567 est-il maintenu ?

M. Michel Amiel. J'avoue humblement ne pas être spécialement au fait des questions mahoraises !

Dès lors, au vu de l'insistance de mon collègue sénateur de Mayotte, je ne le retirerai pas : s'il était adopté, la discussion pourrait se poursuivre en commission mixte paritaire.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 567.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 18.

L'amendement n° 566, présenté par MM. Mohamed Soilihi, Hassani, Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Haut, Karam, Marchand, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5511-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le représentant de l'État peut surseoir à la création d'une officine, en application des alinéas précédents, tant qu'un centre de consultation périphérique délivre des médicaments aux patients ambulatoires dans la commune ou dans le secteur sanitaire concerné. »

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Cet amendement va de pair avec l'amendement que je viens de défendre. Il a pour objet de prévoir que le représentant de l'État peut surseoir à la création d'une officine tant qu'un centre de consultation périphérique délivre des médicaments aux patients ambulatoires, dans la commune ou dans le secteur sanitaire concerné.

Le seuil de création des officines a été fixé à 7 500 habitants. Le nombre de pharmacies à Mayotte est aujourd'hui de 20 ; elles étaient 18 en 2012.

Aux termes de la loi, le représentant de l'État, en vue d'assurer une desserte satisfaisante de la population, peut désigner la commune dans laquelle l'officine doit être située.

Nous demandons donc que le représentant de l'État puisse, pendant une période de transition, adapter l'ouverture des officines en fonction des spécificités du territoire.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Le dispositif de cet amendement a semblé peu normatif à la commission, et son adoption ne devrait pas clarifier la situation. En l'état actuel du droit, le préfet est déjà en mesure de tenir compte des spécificités de la situation mahoraise.

Sur ce sujet très spécifique, nous souhaitons entendre l'avis du Gouvernement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je partage la préoccupation des auteurs de cet amendement et leur volonté de limiter la concurrence entre les pharmacies de Mayotte et les centres de consultation périphériques.

Ces centres relèvent aujourd'hui du centre hospitalier de Mayotte, qui assure environ deux tiers de la couverture thérapeutique médicamenteuse de la population mahoraise.

Bien que les quotas applicables à Mayotte permettent l'ouverture de pharmacies supplémentaires, l'accès aux médicaments est en fait suffisamment assuré dans les conditions actuelles. Il pourrait dès lors être pertinent, pour le directeur général de l'agence de santé, de limiter l'ouverture de nouvelles pharmacies, afin de ne pas fragiliser davantage le tissu existant.

Je comprends bien l'intérêt de votre amendement, monsieur le sénateur, dans le contexte dont nous héritons, il est toutefois appelé – c'est ce que je souhaite – à devenir rapidement sans objet, grâce à l'instauration prochaine de la gratuité des soins pour les assurés aux ressources modestes, dispositif qui se déploie depuis le 1^{er} mai dernier.

La délivrance des médicaments devrait se faire, de plus en plus, au sein des officines, ce qui rapprochera Mayotte de la situation générale. Dès lors, cette mesure dérogatoire quant aux quotas de pharmacies ne sera plus justifiée. Je souhaite seulement que cela se fasse progressivement, à l'avenir.

Je vous propose donc, monsieur le sénateur, de retirer votre amendement ; sinon, l'avis du Gouvernement serait défavorable.

M. le président. Monsieur Amiel, l'amendement n° 566 est-il maintenu ?

M. Michel Amiel. Oui, pour les raisons que j'ai exposées au sujet de l'amendement précédent, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 566.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 18 bis (Non modifié)

Après le mot : « reconduction, », la fin du dix-neuvième alinéa de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « sont approuvés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Ils sont réputés approuvés si les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé n'ont pas fait connaître aux signataires, dans un délai de vingt et un jours suivant la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins. » – *(Adopté.)*

Articles additionnels après l'article 18 bis

M. le président. L'amendement n° 633 rectifié n'est pas soutenu.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 18 rectifié, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes C. Fournier, Guidez et les membres du groupe Union Centriste, est ainsi libellé :

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4112-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, cette dérogation est accordée de droit pour exercer à titre accessoire, dans les limites prévues par ledit code de déontologie, dans une ou plusieurs des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1° de l'article L. 1434-4, sous réserve que l'intéressé en informe le conseil départemental de l'ordre de sa résidence professionnelle et celui du département dans lequel il souhaite exercer accessoirement. »

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Si vous le permettez, monsieur le président, je présenterai en même temps l'amendement n° 19 rectifié.

M. le président. Je vous en prie !

L'amendement n° 19 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 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4112-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, cette dérogation est accordée de droit pour exercer à titre accessoire, dans les limites prévues par ledit code de déontologie, la médecine dans une ou plusieurs des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1° de l'article L. 1434-4, sous réserve que l'intéressé en informe le conseil départemental de l'ordre de sa résidence professionnelle et celui du département dans lequel il souhaite exercer accessoirement. »

Veuillez poursuivre, ma chère collègue.

Mme Élisabeth Doineau. L'implantation de ressources médicales à temps partiel, ou sous forme itinérante, suscite encore trop souvent l'inquiétude des professionnels de santé eux-mêmes et la réticence des institutions ordinales, qui craignent une concurrence déloyale.

Cela explique l'attitude parfois bloquante des conseils départementaux de l'ordre des médecins, dont l'accord est nécessaire pour pouvoir ouvrir un cabinet secondaire, ou plutôt un cabinet multisites, comme on dit aujourd'hui.

De nombreux acteurs ont témoigné de leurs difficultés dans ce domaine. Or l'ordre des médecins semble aujourd'hui disposé à assouplir ce régime. Des difficultés similaires sont également constatées pour d'autres professions de santé, telles que les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes.

L'amendement n° 18 rectifié tend donc à simplifier les conditions d'installation à titre secondaire de médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes dans les zones sous-denses en subordonnant cette installation à une simple déclaration auprès des conseils départementaux de leur ordre du lieu où se trouve leur résidence professionnelle et de la zone où ils entendent exercer à titre accessoire.

Il s'inscrit, par ailleurs, dans l'esprit d'autres dispositions du présent projet de loi et, notamment, de son article 5, qui permet à des étudiants de troisième cycle, sous certaines conditions, d'exercer la médecine dans ces zones comme adjoints d'un médecin, sur autorisation du conseil départemental de leur ordre.

Si l'on peut comprendre l'exigence d'une telle autorisation pour des personnes qui, par hypothèse, n'ont pas encore la qualité de médecin et qui viendraient renforcer un cabinet médical, il semblerait logique de ne pas se montrer aussi formaliste pour un médecin déjà inscrit au conseil de l'ordre et qui agirait, non pas pour renforcer son cabinet, mais pour optimiser son offre de soins. C'est en effet le même praticien, et non une tierce personne, qui, en cas de besoin, apporterait son concours à une zone sous-dense.

Quant à l'amendement n° 19 rectifié, il peut être vu comme un amendement de repli, car il tend à circonscrire la simplification d'installation à titre secondaire aux seuls médecins. Les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes en sont donc exclus.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a considéré que ces amendements tendaient à apporter une simplification, en cohérence avec l'article 85 du code de déontologie médicale, qui autorise l'exercice multisites.

J'émet donc un avis favorable à l'amendement n° 18 rectifié, dont la portée est plus générale, et souhaite le retrait de l'amendement n° 19 rectifié.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame la sénatrice, vous m'aviez alertée sur la difficulté que rencontrent les cabinets secondaires, dans le cadre du comité de suivi du plan d'accès aux soins, dont vous étiez déléguée. Je m'étais engagée, en concertation avec le président du Conseil national de l'ordre des médecins, à ce que cette disposition évolue.

Un décret paru au *Journal officiel* le 23 mai dernier procède à cette modification, en instaurant un régime de déclaration auprès du conseil départemental de l'ordre. Ce dernier ne peut plus, désormais, s'opposer à l'ouverture d'un cabinet secondaire, hors cas de méconnaissance des obligations de qualité, de sécurité et de continuité des soins.

Je pense donc que l'amendement n° 19 rectifié est satisfait et je vous propose de le retirer.

Je suis par ailleurs défavorable à l'amendement n° 18 rectifié, car de telles attentes n'ont pas été exprimées par les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Aucune

démarche particulière n'a été engagée vis-à-vis d'eux. S'agissant des médecins, votre demande, clairement liée aux déserts médicaux, est satisfaite.

M. le président. Madame Doineau, les amendements n°s 18 rectifié et 19 rectifié sont-ils maintenus ?

Mme Élisabeth Doineau. Je n'étais pas au courant de la récente publication de ce décret, qui me ravit. Quant aux dentistes, il faudra s'intéresser à ce problème, car j'estime que des cabinets itinérants pourraient satisfaire certains besoins, notamment auprès des Ehpad et dans les zones les plus éloignées de cabinets de chirurgie dentaire.

Cela dit, je retire ces amendements, monsieur le président.

M. le président. Les amendements n°s 18 rectifié et 19 rectifié sont retirés.

Mes chers collègues, nous avons examiné 170 amendements au cours de la journée ; il en reste 99.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

10

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, vendredi 7 juin 2019, à neuf heures trente ; quatorze heures trente et, éventuellement, 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 vendredi 7 juin 2019, à zéro heure trente.)

Direction des comptes rendus

ÉTIENNE BOULENGER

QUESTION(S) ORALE(S) REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

Mise en œuvre des investissements locaux et nationaux

N° 0837 – Le 13 juin 2019 – **M. Yannick Vaugrenard** attire l'attention de **M. le ministre de l'économie et des finances** sur la mise en œuvre des investissements locaux et nationaux.

Les élus locaux de tout bord se plaignent à juste raison des délais de réalisation de leurs investissements. Le temps trop long passé à l'instruction des dossiers, du fait de normes excessives, tout comme les recours qui foisonnent, entraînent de mauvaises conséquences financières et économiques pour les territoires.

Les nouvelles technologies, tout autant que les nouveaux modes de communication, auraient dû au contraire permettre moins de lenteur et plus d'efficacité ; or, c'est tout le contraire qui est constaté.

Lorsque voici quinze ans, il fallait deux à trois années pour réaliser un investissement communal important (ensemble sportif, salle de réunion, logements...), aujourd'hui, il peut se passer au mieux cinq à huit ans, entre le moment de la décision et l'inauguration.

Cette problématique se retrouve y compris s'agissant de grands investissements nationaux, tels que l'éolien offshore, où il faudra deux fois plus de temps pour la mise en œuvre en France par rapport à la Grande-Bretagne ou l'Allemagne. En conséquence, ces deux pays font la course en tête dans ce domaine, procurant 70 % des installations européennes ! Notre pays, qui a la plus grande façade maritime, reste englué dans les recours à répétition.

Dans les deux cas, locaux et nationaux, c'est l'économie qui « trinque », ce sont nos concitoyens qui en pâtissent, et c'est l'intérêt très particulier qui l'emporte trop fréquemment sur l'intérêt collectif.

Le Gouvernement doit se saisir de cette question essentielle des délais de réalisation et donc du phénomène des recours obsessionnels. Avant tout, l'intérêt général doit l'emporter, même si les formes d'indemnisation en cas de préjudice avéré, doivent être à leur juste hauteur. Cependant, les recours systématiques et successifs mériteraient d'être pénalisés plus durement, les retards pris dans les réalisations mieux intégrés dans les jugements rendus au détriment des plaignants.

Il lui demande donc quand le Gouvernement va se saisir de cette question qui touche autant à l'économie qu'à notre bon fonctionnement démocratique et quelles sont les mesures qu'il envisage de prendre.

Déploiement de la fibre optique en Bretagne et fonds national pour la société numérique

N° 0838 – Le 13 juin 2019 – **Mme Sylvie Robert** appelle l'attention de **M. le secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances et du ministre de l'action et des comptes publics, chargé du numérique**, sur l'engagement financier de l'État auprès des collectivités territoriales engagées dans la transition numérique.

En effet, nombreuses sont celles qui se sont lancées dans le déploiement de la fibre optique. Les collectivités bretonnes ont même décidé d'accélérer le processus afin de couvrir l'ensemble de la région d'ici à 2026 plutôt que 2030. L'objectif est de résorber les fractures numériques au plus tôt et de permettre aux usagers de disposer d'une connexion optimale tout en maîtrisant les coûts du chantier.

Ces aménagements ont aussi un impact positif sur l'économie. En termes d'insertion et d'emploi, l'exemple breton devrait générer, en moyenne, plus de 600 emplois équivalents temps plein durant la période de déploiement. Autrement dit, le projet public régional de déploiement de la fibre optique est particulièrement structurant pour l'ensemble du territoire.

Cependant, si les collectivités bretonnes sont extrêmement mobilisées sur le sujet, elles manquent encore de visibilité quant à l'engagement financier de l'État au titre du fonds national pour la société numérique (FSN), créé dans le cadre du programme des investissements d'avenir. Afin d'anticiper, de préparer au mieux la révision de leur plan de financement et de concrétiser le projet, ces collectivités ont besoin de lever toute incertitude sur la participation financière de l'État.

Par conséquent, elle demande au Gouvernement de préciser l'engagement de l'État, à travers le FSN, en faveur du projet de déploiement intégral de la fibre optique en Bretagne.

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la séance

du jeudi 6 juin 2019

SCRUTIN N° 141

sur l'amendement n° 774 rectifié, présenté par M. Daniel Gremillet et plusieurs de ses collègues, à l'article 8 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	337
Suffrages exprimés	310
Pour	27
Contre	283

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GROUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 7 MM. Mathieu Darnaud, Laurent Duplomb, Daniel Gremillet, Jackie Pierre, Michel Raison, Mme Marie-Pierre Richer, M. Michel Vaspert

Contre : 136

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat

GROUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Contre : 72

GROUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 3 Mme Sylvie Goy-Chavent, M. Jean-Pierre Moga, Mme Nadia Sollogoub

Contre : 48

GROUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 1 M. Joël Labbé

Contre : 3 M. Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin

Abstention : 14

N'ont pas pris part au vote : 5 M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance MM. Guillaume Arnell, Stéphane Artano, Alain Bertrand, Ronan Dantec

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Pour : 16

GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Abstention : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 1 Mme Claudine Kauffmann

N'ont pas pris part au vote : 5

Ont voté pour :

Cathy Apourceau-Poly	Fabien Gay	Pierre Ouzoulias
Éliane Assassi	Guillaume Gontard	Jackie Pierre
Esther Benbassa	Sylvie Goy-Chavent	Christine Prunaud
Éric Bocquet	Michelle Gréaume	Michel Raison
Céline Brulin	Daniel Gremillet	Marie-Pierre Richer
Laurence Cohen	Joël Labbé	Pascal Savoldelli
Pierre-Yves Collombat	Pierre Laurent	Nadia Sollogoub
Cécile Cukierman	Marie-Noëlle	Michel Vaspert
Mathieu Darnaud	Lienemann	
Laurent Duplomb	Jean-Pierre Moga	

Ont voté contre :

Pascal Allizard	Max Brisson	René Danesi
Michel Amiel	Marie-Thérèse	Laure Darcos
Maurice Antiste	Bruguière	Marc-Philippe
Viviane Artigalas	François-Noël Buffet	Daubresse
David Assouline	Bernard Buis	Yves Daudigny
Serge Babary	Olivier Cadic	Marc Daunis
Julien Bargeton	François Calvet	Robert del Picchia
Philippe Bas	Christian Cambon	Vincent Delahaye
Jérôme Bascher	Agnès Canayer	Nathalie Delattre
Arnaud Bazin	Michel Canevet	Bernard Delcros
Arnaud de Belenet	Vincent Capocanellas	Annie Delmont-
Claude Bérit-Débat	Thierry Carcenac	Koropoulos
Martine Berthet	Jean-Noël Cardoux	Michel Dennemont
Anne-Marie Bertrand	Françoise Cartron	Gérard Dériot
Jacques Bigot	Alain Cazabonne	Catherine Deroche
Joël Bigot	Bernard Cazeau	Jacky Deromedi
Annick Billon	Anne Chain-Larché	Chantal Deseyne
Jean Bizet	Patrick Chaize	Yves Détraigne
Maryvonne Blondin	Pierre Charon	Gilbert-Luc Devinaz
Jean-Marie Bockel	Alain Chatillon	Catherine Di Folco
Christine Bonfanti-Dossat	Marie-Christine	Nassimah Dindar
François Bonhomme	Chauvin	Élisabeth Doineau
Bernard Bonne	Guillaume Chevrollier	Philippe Dominati
Philippe Bonnecarrère	Marta de Cidrac	Daniel Dubois
Nicole Bonnefoy	Olivier Cigolotti	Alain Dufaut
Pascale Bories	Yvon Collin	Catherine Dumas
Yannick Botrel	Catherine Conconne	Jérôme Durain
Gilbert Bouchet	Hélène Conway-	Alain Duran
Céline Boulay-	Mouret	Nicole Durantou
Espéronnier	Roland Courteau	Vincent Éblé
Yves Bouloux	Édouard Courtial	Jean-Paul Émorine
Martial Bourquin	Pierre Cuypers	Frédérique Espagnac
Michel Boutant	Michel Dagbert	Dominique Estrosi
Jean-Marc Boyer	Philippe Dallier	Sassone

Jacqueline Eustache-Brinio
 Françoise Férat
 Rémi Féraud
 Corinne Féret
 Jean-Luc Fichet
 Martine Filleul
 Michel Forissier
 Bernard Fournier
 Catherine Fournier
 Christophe-André Frassa
 Pierre Frogier
 Joëlle Garriaud-Maylam
 Françoise Gatel
 André Gattolin
 Jacques Genest
 Frédérique Gerbaud
 Samia Ghali
 Bruno Gilles
 Jordi Ginesta
 Colette Giudicelli
 Marie-Pierre de la Gontrie
 Nathalie Goulet
 Jean-Pierre Grand
 Nadine Grelet-Certenas
 François Grosdidier
 Jacques Groperrin
 Pascale Gruny
 Charles Guéné
 Jocelyne Guidez
 Annie Guillemot
 Véronique Guillotin
 Laurence Harribey
 Abdallah Hassani
 Claude Haut
 Olivier Henno
 Loïc Hervé
 Jean-Michel Houllégatte
 Alain Houpert
 Jean-Raymond Hugonet
 Benoît Huré
 Jean-François Husson
 Xavier Iacovelli
 Corinne Imbert
 Olivier Jacquin
 Jean-Marie Janssens
 Victoire Jasmin
 Sophie Joissains
 Patrice Joly
 Bernard Jomier
 Gisèle Jourda
 Muriel Jourda
 Alain Joyandet
 Patrick Kanner
 Antoine Karam
 Roger Karoutchi
 Claudine Kauffmann
 Guy-Dominique Kennel
 Claude Kern
 Éric Kerrouche
 Laurent Lafon
 Bernard Lalande

Marc Laménié
 Élisabeth Lamure
 Christine Lanfranchi Dorgal
 Florence Lassarade
 Michel Laugier
 Daniel Laurent
 Nuihau Laurey
 Christine Lavarde
 Ronan Le Gleut
 Jacques Le Nay
 Jean-Yves Leconte
 Antoine Lefèvre
 Dominique de Legge
 Jean-Pierre Leleux
 Claudine Lepage
 Henri Leroy
 Valérie Létard
 Martin Lévrier
 Brigitte Lherbier
 Anne-Catherine Loisier
 Jean-François Longeot
 Gérard Longuet
 Vivette Lopez
 Pierre Louault
 Jean-Jacques Lozach
 Monique Lubin
 Jean-Claude Luche
 Victorin Lurel
 Philippe Madrelle
 Jacques-Bernard Magnier
 Michel Magras
 Viviane Malet
 Christian Manable
 Didier Mandelli
 Frédéric Marchand
 Didier Marie
 Hervé Marseille
 Hervé Maurey
 Jean-François Mayet
 Rachel Mazuir
 Pierre Médevielle
 Marie Mercier
 Michelle Meunier
 Sébastien Meurant
 Brigitte Micouleau
 Alain Milon
 Jean-Marie Mizzon
 Thani Mohamed Soilih
 Marie-Pierre Monier
 Franck Montaigué
 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 Nougein
 Olivier Paccaud
 Jean-Jacques Panunzi
 Georges Patient

Abstentions :

Jérôme Bignon
 Henri Cabanel
 Emmanuel Capus
 Maryse Carrère
 Joseph Castelli
 Daniel Chasseing
 Jean-Pierre Corbisez
 Josiane Costes

Jean-Pierre Decool
 Alain Fouché
 Éric Gold
 Jean-Noël Guérini
 Joël Guerriau
 Éric Jeansannetas
 Mireille Jouve
 Françoise Laborde

François Patriat
 Philippe Paul
 Cyril Pellevat
 Philippe Pemezec
 Marie-Françoise Perol-Dumont
 Cédric Perrin
 Évelyne Perrot
 Stéphane Piednoir
 Gérard Poadja
 Rémy Pointereau
 Ladislav Poniatowski
 Angèle Prévile
 Sophie Primas
 Jean-Paul Prince
 Christophe Priou
 Catherine Procaccia
 Sonia de la Provôté
 Frédérique Puissat
 Isabelle Raimond-Pavero
 Didier Rambaud
 Françoise Ramond
 Jean-François Rapin
 Noëlle Rauscent
 Claude Raynal
 Damien Regnard
 André Reichardt
 Évelyne Renaud-Garabedian
 Bruno Retailleau
 Charles Revet
 Alain Richard
 Sylvie Robert
 Gilbert Roger
 Laurence Rossignol
 Denise Saint-Pé
 Hugues Saury
 René-Paul Savary
 Michel Savin
 Patricia Schillinger
 Alain Schmitz
 Vincent Segouin
 Bruno Sido
 Jean Sol
 Jean-Pierre Sueur
 Simon Sutour
 Sophie Taillé-Polian
 Rachid Temal
 Lana Tetuanui
 Dominique Théophile
 Claudine Thomas
 Jean-Claude Tisson
 Nelly Tocqueville
 Jean-Marc Todeschini
 Jean-Louis Tourenne
 Catherine Troendlé
 André Vallini
 Sabine Van Heghe
 Jean-Marie Vanlerenberghe
 Yannick Vaugrenard
 Dominique Vérien
 Sylvie Vermeillet
 Jean-Pierre Vial
 Jean Pierre Vogel
 Michèle Vullien
 Richard Yung

Jean-Louis Lagourgue
 Robert Laufoaulu
 Olivier Léonhardt
 Claude Malhuret
 Alain Marc
 Colette Mélot
 Franck Menonville
 Jean-Claude Requier

Jean-Yves Roux | Raymond Vall | Dany Wattebled

N'ont pas pris part au vote :

Philippe Adnot | Alain Bertrand | Fabienne Keller
 Guillaume Arnell | Ronan Dantec | Jean Louis Masson
 Stéphane Artano | Christine Herzog | Stéphane Ravier

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	336
Nombre des suffrages exprimés	309
Pour l'adoption	27
Contre	282

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

SCRUTIN N° 142

sur l'amendement n° 356 rectifié, présenté par Mme Maryse Carrère et plusieurs de ses collègues, à l'article 8 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, 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	339
Pour	38
Contre	301

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GROUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Contre : 143

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat

GROUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Contre : 72

GROUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 3 Mme Sylvie Goy-Chavent, M. Jean-Pierre Moga, Mme Nadia Sollogoub

Contre : 48

GROUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 19

Contre : 1 Mme Véronique Guillotin

Abstention : 2 M. Alain Bertrand, Mme Nathalie Delattre

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Pour : 16

GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :*Contre : 13***RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :***Contre : 1 Mme Claudine Kauffmann**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
Josiane Costes
Cécile Cukierman
Ronan Dantec
Fabien Gay
Éric Gold
Guillaume Gontard
Sylvie Goy-Chavent
Michelle Gréaume
Jean-Noël Guérini
Éric Jeansannetas
Mireille Jouve
Joël Labbé

Françoise Laborde
Pierre Laurent
Olivier Léonhardt
Marie-Noëlle
Lienemann
Jean-Pierre Moga
Pierre Ouzoulias
Christine Prunaud
Jean-Claude Requier
Jean-Yves Roux
Pascal Savoldelli
Nadia Sollogoub
Raymond Vall

Ont voté contre :

Pascal Allizard
Michel Amiel
Maurice Antiste
Viviane Artigalats
David Assouline
Serge Babary
Julien Bargeton
Philippe Bas
Jérôme Bascher
Arnaud Bazin
Arnaud de Belenet
Claude Bérit-Débat
Martine Berthet
Anne-Marie Bertrand
Jérôme Bignon
Jacques Bigot
Joël Bigot
Annick Billon
Jean Bizet
Maryvonne Blondin
Jean-Marie Bockel
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
Bernard Bonne
Philippe Bonnecarrère
Nicole Bonnefoy
Pascale Bories
Yannick Botrel
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-Espéronnier
Yves Bouloux
Martial Bourquin
Michel Boutant
Jean-Marc Boyer
Max Brisson
Marie-Thérèse Bruguère
François-Noël Buffet
Bernard Buis
Olivier Cadic
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet
Vincent Capo-Canellas
Emmanuel Capus
Thierry Carcenac
Jean-Noël Cardoux
Françoise Cartron

Alain Cazabonne
Bernard Cazeau
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Marie-Christine Chauvin
Guillaume Chevroliier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Catherine Conconne
Hélène Conway-Mouret
Roland Courteau
Édouard Courtial
Pierre Cuyper
Michel Dagbert
Philippe Dallier
René Danesi
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe Daubresse
Yves Daudigny
Marc Daunis
Jean-Pierre Decool
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Bernard Delcros
Annie Delmont-Koropoulis
Michel Dennemont
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Gilbert-Luc Devinaz
Catherine Di Folco
Nassimah Dindar
Élisabeth Doineau
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Alain Dufaut
Catherine Dumas
Laurent Duplomb
Jérôme Durain
Alain Duran
Nicole Duranton
Vincent Éblé

Jean-Paul Émorine
Frédérique Espagnac
Dominique Estrosi Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Françoise Férat
Rémi Féraud
Corinne Fêret
Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
Michel Forissier
Alain Fouché
Bernard Fournier
Catherine Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
André Gattolin
Jacques Genest
Frédérique Gerbaud
Samia Ghali
Bruno Gilles
Jordi Ginesta
Colette Giudicelli
Marie-Pierre de la Gontrie
Nathalie Goulet
Jean-Pierre Grand
Nadine Grelet-Certenais
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Charles Guené
Joël Gueriau
Jocelyne Guidez
Annie Guillemot
Véronique Guillotin
Laurence Harribey
Abdallah Hassani
Claude Haut
Olivier Henno
Loïc Hervé
Jean-Michel Houllégatte
Alain Houpert

Jean-Raymond Hugonet
Benoît Huré
Jean-François Husson
Xavier Iacovelli
Corinne Imbert
Olivier Jacquin
Jean-Marie Janssens
Victoire Jasmin
Sophie Joissains
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Patrick Kanner
Antoine Karam
Roger Karoutchi
Claudine Kauffmann
Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Éric Kerrouche
Laurent Lafon
Jean-Louis Lagourgue
Bernard Lalande
Marc Laménié
Élisabeth Lamure
Christine Lanfranchi Dorgal
Florence Lassarade
Robert Laufoaulu
Michel Laugier
Daniel Laurent
Nuihau Laurey
Christine Lavarde
Ronan Le Gleut
Jacques Le Nay
Jean-Yves Leconte
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Claudine Lepage
Henri Leroy
Valérie Létard
Martin Lévrier
Brigitte Lherbier
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Pierre Louault
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Jean-Claude Luche
Victorin Lurel
Philippe Madrelle

Jacques-Bernard Magner
Michel Magras
Viviane Malet
Claude Malhuret
Christian Manable
Didier Mandelli
Alain Marc
Frédéric Marchand
Didier Marie
Hervé Marseille
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Rachel Mazuir
Pierre Médeville
Colette Mélot
Franck Menonville
Marie Mercier
Michelle Meunier
Sébastien Maurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Thani Mohamed Soilihi
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Albéric de Montgolfier
Patricia Morhet-Richaud
Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Robert Navarro
Louis-Jean de Nicolay
Sylviane Noël
Claude Nougéin
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Marie-Françoise Perol-Dumont
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Rémy Pointereau
Ladislav Poniatowski
Angèle Prévile
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
Claude Raynal
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Charles Revet
Alain Richard
Marie-Pierre Richer
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Laurence Rossignol
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Patricia Schillinger
Alain Schmitz
Vincent Segouin
Bruno Sido
Jean Sol
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Sophie Taillé-Polian
Rachid Temal
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Claudine Thomas
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville
Jean-Marc Todeschini
Jean-Louis Tourenne
Catherine Troendlé
André Vallini
Sabine Van Heghe
Jean-Marie Vanlerenberghe
Michel Vaspert
Yannick Vaugrenard
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Michèle Vullien
Dany Wattebled
Richard Yung

Abstentions :

Alain Bertrand, Nathalie Delattre.

N'ont pas pris part au vote :

Philippe Adnot	Fabienne Keller	Stéphane Ravier
Christine Herzog	Jean Louis Masson	

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 143

sur l'amendement n° 311 rectifié, présenté par Mme Laurence Cohen et les membres du groupe communiste citoyen républicain et écologiste, à l'article 8 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, 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	326
Pour	22
Contre	304

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Contre : 143

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Contre : 72

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 3 Mme Sylvie Goy-Chavent, M. Jean-Pierre Moga, Mme Nadia Sollogoub

Contre : 48

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 3 MM. Alain Bertrand, Ronan Dantec, Joël Labbé

Contre : 4 MM. Guillaume Arnell, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin

Abstention : 15

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance

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 : 1 Mme Claudine Kauffmann

N'ont pas pris part au vote : 5

Ont voté pour :

Cathy Apourceau-Poly	Cécile Cukierman	Marie-Noëlle
Éliane Assasi	Ronan Dantec	Lienemann
Esther Benbassa	Fabien Gay	Jean-Pierre Moga
Alain Bertrand	Guillaume Gontard	Pierre Ouzoulias
Éric Bocquet	Sylvie Goy-Chavent	Christine Prunaud
Céline Brulin	Michèle Gréaume	Pascal Savoldelli
Laurence Cohen	Joël Labbé	Nadia Sollogoub
Pierre-Yves Collombat	Pierre Laurent	

Ont voté contre :

Pascal Allizard	Marc-Philippe	Loïc Hervé
Michel Amiel	Daubresse	Jean-Michel
Maurice Antiste	Yves Daudigny	Houllegatte
Guillaume Arnell	Marc Daunis	Alain Houpert
Viviane Artigalas	Jean-Pierre Decool	Jean-Raymond
David Assouline	Robert del Picchia	Hugonet
Serge Babary	Vincent Delahaye	Benoît Huré
Julien Bargeton	Nathalie Delattre	Jean-François Husson
Philippe Bas	Bernard Delcros	Xavier Iacovelli
Jérôme Bascher	Annie Delmont-	Corinne Imbert
Arnaud Bazin	Koropoulos	Olivier Jacquin
Arnaud de Belenet	Michel Dennemont	Jean-Marie Janssens
Claude Bérit-Débat	Gérard Dériot	Victoire Jasmijn
Martine Berthet	Catherine Deroche	Sophie Joissains
Anne-Marie Bertrand	Jacky Deromedi	Patrice Joly
Jérôme Bignon	Chantal Deseyne	Bernard Jomier
Jacques Bigot	Yves Détraigne	Gisèle Jourda
Joël Bigot	Gilbert-Luc Devinaz	Muriel Jourda
Annick Billon	Catherine Di Folco	Alain Joyandet
Jean Bizet	Nassimah Dindar	Patrick Kanner
Maryvonne Blondin	Élisabeth Doineau	Antoine Karam
Jean-Marie Bockel	Philippe Dominati	Roger Karoutchi
Christine Bonfanti-	Daniel Dubois	Claudine Kauffmann
Dossat	Alain Dufaut	Guy-Dominique
François Bonhomme	Catherine Dumas	Kennel
Bernard Bonne	Laurent Duplomb	Claude Kern
Philippe Bonhecarrère	Jérôme Durain	Éric Kerrouche
Nicole Bonnefoy	Alain Duran	Laurent Lafon
Pascale Bories	Nicole Duranton	Jean-Louis Lagourgue
Yannick Botrel	Vincent Éblé	Bernard Lalande
Gilbert Bouchet	Jean-Paul Émorine	Marc Laménie
Céline Boulay-	Frédérique Espagnac	Élisabeth Lamure
Espéronnier	Dominique Estrosi	Christine Lanfranchi
Yves Bouloux	Sassone	Dorgal
Martial Bourquin	Jacqueline Eustache-	Florence Lassarade
Michel Boutant	Brinio	Robert Laufoaulu
Jean-Marc Boyer	Françoise Férat	Michel Laugier
Max Brisson	Rémi Féraud	Daniel Laurent
Marie-Thérèse	Corinne Féret	Nuihau Laurey
Bruguière	Jean-Luc Fichet	Christine Lavarde
François-Noël Buffet	Martine Filleul	Ronan Le Gleut
Bernard Buis	Michel Forissier	Jacques Le Nay
Olivier Cadic	Alain Fouché	Jean-Yves Leconte
François Calvet	Bernard Fournier	Antoine Lefèvre
Christian Cambon	Catherine Fournier	Dominique de Legge
Agnès Canayer	Christophe-André	Jean-Pierre Leleux
Michel Canevet	Frassa	Claudine Lepage
Vincent Capo-	Pierre Frogier	Henri Leroy
Canellas	Joëlle Garriaud-	Valérie Létard
Emmanuel Capus	Maylam	Martin Lévrier
Thierry Carcenac	Françoise Gatel	Brigitte Lherbier
Jean-Noël Cardoux	André Gattolin	Anne-Catherine
Françoise Cartron	Jacques Genest	Loisier
Alain Cazabonne	Frédérique Gerbaud	Jean-François Longeot
Bernard Cazeau	Samia Ghali	Gérard Longuet
Anne Chain-Larché	Bruno Gilles	Vivette Lopez
Patrick Chaize	Jordi Ginesta	Pierre Louault
Pierre Charon	Colette Giudicelli	Jean-Jacques Lozach
Daniel Chasseing	Marie-Pierre de la	Monique Lubin
Alain Chatillon	Gontrie	Jean-Claude Luche
Marie-Christine	Nathalie Goulet	Victorin Lurel
Chauvin	Jean-Pierre Grand	Philippe Madrelle
Guillaume Chevrollier	Nadine Grelet-	Jacques-Bernard
Marta de Cidrac	Certenais	Magner
Olivier Cigolotti	Daniel Gremillet	Michel Magras
Yvon Collin	François Grosdidier	Viviane Malet
Catherine Conconne	Jacques Groperrin	Claude Malhuret
Hélène Conway-	Pascale Gruny	Christian Manable
Mouret	Charles Guené	Didier Mandelli
Roland Courteau	Joël Guerriau	Alain Marc
Édouard Courtial	Jocelyne Guidez	Frédéric Marchand
Pierre Cuypers	Annie Guillemot	Didier Marie
Michel Dagbert	Véronique Guillotin	Hervé Marseille
Philippe Dallier	Laurence Harribey	Hervé Maurey
René Danesi	Abdallah Hassani	Jean-François Mayet
Laure Darcos	Claude Haut	Rachel Mazuir
Mathieu Darnaud	Olivier Henno	Pierre Médevielle

Colette Mélot	Évelyne Perrot	René-Paul Savary
Franck Menonville	Stéphane Piednoir	Michel Savin
Marie Mercier	Jackie Pierre	Patricia Schillinger
Michelle Meunier	Gérard Poadja	Alain Schmitz
Sébastien Meurant	Rémy Pointereau	Vincent Segouin
Brigitte Micouleau	Ladislav Poniatowski	Bruno Sido
Alain Milon	Angèle Prévaille	Jean Sol
Jean-Marie Mizzon	Sophie Primas	Jean-Pierre Sueur
Thani Mohamed Soilihi	Jean-Paul Prince	Simon Sutour
Marie-Pierre Monier	Christophe Priou	Sophie Taillé-Polian
Franck Montaugé	Catherine Procaccia	Rachid Temal
Albéric de Montgolfier	Sonia de la Provôté	Lana Tetuanui
Patricia Morhet-Richaud	Frédérique Puiassat	Dominique Théophile
Catherine Morin-Desailly	Isabelle Raimond-Pavero	Claudine Thomas
Jean-Marie Morisset	Michel Raison	Jean-Claude Tissot
Philippe Mouiller	Didier Rambaud	Nelly Tocqueville
Philippe Nachbar	Françoise Ramond	Jean-Marc Todeschini
Robert Navarro	Jean-François Rapin	Jean-Louis Tourenne
Louis-Jean de Nicolaÿ	Noëlle Rauscent	Catherine Troendlé
Sylviane Noël	Claude Raynal	André Vallini
Claude Nougéin	Damien Regnard	Sabine Van Heghe
Olivier Paccaud	André Reichardt	Jean-Marie Vanlerenberghe
Jean-Jacques Panunzi	Évelyne Renaud-Garabedian	Michel Vaspart
Georges Patient	Bruno Retailleau	Yannick Vaugrenard
François Patriat	Charles Revet	Dominique Vérien
Philippe Paul	Alain Richard	Sylvie Vermeillet
Cyril Pellevat	Marie-Pierre Richer	Jean-Pierre Vial
Philippe Pemezec	Sylvie Robert	Jean Pierre Vogel
Marie-Françoise Perol-Dumont	Gilbert Roger	Michèle Vullien
Cédric Perrin	Laurence Rossignol	Dany Wattebled
	Denise Saint-Pé	Richard Yung
	Hugues Saury	

Abstentions :

Stéphane Artano	Josiane Costes	Françoise Laborde
Henri Cabanel	Éric Gold	Olivier Léonhardt
Maryse Carrère	Jean-Noël Guérini	Jean-Claude Requier
Joseph Castelli	Éric Jeansannetas	Jean-Yves Roux
Jean-Pierre Corbisez	Mireille Jouve	Raymond Vall

N'ont pas pris part au vote :

Philippe Adnot	Fabienne Keller	Stéphane Ravier
Christine Herzog	Jean Louis Masson	

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	340
Nombre des suffrages exprimés	325
Pour l'adoption	22
Contre	303

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

SCRUTIN N° 144

sur l'amendement n° 775 rectifié, présenté par M. Daniel Gremillet et plusieurs de ses collègues, à l'article 8 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, 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	326
Pour	30
Contre	296

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GROUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Pour : 8 MM. Mathieu Darnaud, Laurent Duplomb, Daniel Gremillet, Daniel Laurent, Jackie Pierre, Michel Raison, Mme Marie-Pierre Richer, M. Michel Vaspart

Contre : 135

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat

GROUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Contre : 72

GROUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 3 Mme Sylvie Goy-Chavent, M. Jean-Pierre Moga, Mme Nadia Sollogoub

Contre : 48

GROUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 3 MM. Alain Bertrand, Ronan Dantec, Joël Labbé

Contre : 4 MM. Guillaume Arnell, Yvon Collin, Mme Nathalie Delattre, Véronique Guillotin

Abstention : 15

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Pour : 16

GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Contre : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 1 Mme Claudine Kauffmann

N'ont pas pris part au vote : 5

Ont voté pour :

Cathy Apourceau-Poly	Laurent Duplomb	Jean-Pierre Moga
Éliane Assassi	Fabien Gay	Pierre Ouzoulias
Esther Benbassa	Guillaume Gontard	Jackie Pierre
Alain Bertrand	Sylvie Goy-Chavent	Christine Prunaud
Éric Bocquet	Michelle Gréaume	Michel Raison
Céline Brulin	Daniel Gremillet	Marie-Pierre Richer
Laurence Cohen	Joël Labbé	Pascal Savoldelli
Pierre-Yves Collombat	Daniel Laurent	Nadia Sollogoub
Cécile Cukierman	Pierre Laurent	Michel Vaspart
Ronan Dantec	Marie-Noëlle Lienemann	
Mathieu Darnaud		

Ont voté contre :

Pascal Allizard	Maurice Antiste	Viviane Artigalès
Michel Amiel	Guillaume Arnell	David Assouline

Serge Babary	Roland Courteau	Colette Giudicelli	Jean-Pierre Leleux	Franck Montaugé	André Reichardt
Julien Bargeton	Édouard Courtial	Marie-Pierre de la Gontrie	Claudine Lepage	Albéric de Montgolfier	Évelyne Renaud-Garabedian
Philippe Bas	Pierre Cuypers	Nathalie Goulet	Henri Leroy	Patricia Morhet-Richaud	Bruno Retailleau
Jérôme Bascher	Michel Dagbert	Jean-Pierre Grand	Valérie Létard	Catherine Morin-Desailly	Charles Revet
Arnaud Bazin	Philippe Dallier	Nadine Grelet-Certenais	Martin Lévrier	Jean-Marie Morisset	Alain Richard
Arnaud de Belenet	René Danesi	François Grosdidier	Brigitte Lherbier	Philippe Mouiller	Sylvie Robert
Claude Bérît-Débat	Laure Darcos	Jacques Groperrin	Anne-Catherine Loisier	Philippe Nachbar	Gilbert Roger
Martine Berthet	Marc-Philippe Daubresse	Pascale Gruny	Jean-François Longeot	Robert Navarro	Laurence Rossignol
Anne-Marie Bertrand	Yves Daudigny	Charles Guené	Gérard Longuet	Louis-Jean de Nicolaj	Denise Saint-Pé
Jérôme Bignon	Marc Daunis	Joël Guerriau	Vivette Lopez	Sylviane Noël	Hugues Saury
Jacques Bigot	Jean-Pierre Decool	Jocelyne Guidez	Pierre Louault	Claude Nougein	René-Paul Savary
Joël Bigot	Robert del Picchia	Annie Guillemot	Jean-Jacques Lozach	Olivier Paccaud	Michel Savin
Annick Billon	Vincent Delahaye	Véronique Guillotin	Monique Lubin	Jean-Jacques Panunzi	Patricia Schillinger
Jean Bizet	Nathalie Delattre	Laurence Harribey	Jean-Claude Luche	Georges Patient	Alain Schmitz
Maryvonne Blondin	Bernard Delcros	Abdallah Hassani	Victorin Lurel	François Patriat	Vincent Segouin
Jean-Marie Bockel	Annie Delmont-Koropoulis	Claude Haut	Philippe Madrelle	Jacques-Bernard Magnier	Bruno Sido
Christine Bonfanti-Dossat	Michel Dennemont	Olivier Henno	Jacques-Bernard Magnier	Michel Magras	Jean Sol
François Bonhomme	Gérard Dériot	Loïc Hervé	Magnier	Viviane Malet	Jean-Pierre Sueur
Bernard Bonne	Catherine Deroche	Jean-Michel Houlegatte	Michel Magras	Claude Malhuret	Simon Sutour
Philippe Bonnacarrère	Jacky Deromedi	Alain Houpert	Viviane Malet	Christian Manable	Sophie Taillé-Polian
Nicole Bonnefof	Chantal Deseyne	Jean-Raymond Hugonet	Claude Malhuret	Didier Mandelli	Rachid Temal
Pascale Bories	Yves Détraigne	Benoît Huré	Didier Mandelli	Alain Marc	Lana Tetuanui
Yannick Botrel	Gilbert-Luc Devinaz	Jean-François Husson	Frédéric Marchand	Frédéric Marchand	Dominique Théophile
Gilbert Bouchet	Catherine Di Folco	Xavier Iacovelli	Didier Marie	Hervé Marseille	Claudine Thomas
Céline Boulay-Espéronnier	Nassimah Dindar	Corinne Imbert	Hervé Marie	Hervé Maurey	Jean-Claude Tissot
Yves Bouloux	Élisabeth Doineau	Olivier Jacquin	Hervé Maurey	Jean-François Mayet	Nelly Tocqueville
Martial Bourquin	Philippe Dominati	Jean-Marie Janssens	Jean-François Mayet	Rachel Mazuir	Jean-Marc Todeschini
Michel Boutant	Daniel Dubois	Victoire Jasmin	Rachel Mazuir	Pierre Médevielle	Jean-Louis Tourenne
Jean-Marc Boyer	Alain Dufaut	Sophie Joissains	Pierre Médevielle	Colette Mélot	Catherine Troendlé
Max Brisson	Jérôme Durain	Patrice Joly	Colette Mélot	Franck Menonville	André Vallini
Marie-Thérèse Bruguière	Alain Duran	Bernard Jomier	Franck Menonville	Marie Mercier	Sabine Van Heghe
François-Noël Buffet	Nicole Duranton	Gisèle Jourda	Marie Mercier	Michelle Meunier	Jean-Marie Vanlerenberghe
Bernard Buis	Vincent Éblé	Muriel Jourda	Michelle Meunier	Sébastien Meurant	Yannick Vaugrenard
Olivier Cadic	Jean-Paul Émorine	Alain Joyandet	Sébastien Meurant	Brigitte Micouleau	Dominique Vérien
François Calvet	Frédérique Espagnac	Alain Kanner	Brigitte Micouleau	Alain Milan	Sylvie Vermeillet
Christian Cambon	Dominique Estrosi Sassone	Antoine Karam	Alain Milan	Jean-Marie Mizzon	Jean-Pierre Vial
Agnès Canayer	Jacqueline Eustache-Brinio	Roger Karoutchi	Jean-Marie Mizzon	Thani Mohamed Soilihi	Jean Pierre Vogel
Michel Canevet	Françoise Férat	Claudine Kauffmann	Thani Mohamed Soilihi	Marie-Pierre Monier	Michèle Vullien
Vincent Capocanellas	Rémi Féraud	Guy-Dominique Kennel	Marie-Pierre Monier		Dany Wattebled
Emmanuel Capus	Corinne Féret	Claude Kern			Richard Yung
Thierry Carcenac	Jean-Luc Fichet	Éric Kerrouche			
Jean-Noël Cardoux	Martine Filleul	Laurent Lafon	Stéphane Artano	Josiane Costes	Françoise Laborde
Françoise Cartron	Michel Forissier	Jean-Louis Lagourgue	Henri Cabanel	Éric Gold	Olivier Léonhardt
Alain Cazabonne	Alain Fouché	Bernard Lalande	Maryse Carrère	Jean-Noël Guérini	Jean-Claude Requier
Bernard Cazeau	Bernard Fournier	Marc Laménie	Joseph Castelli	Éric Jeansannetas	Jean-Yves Roux
Anne Chain-Larché	Catherine Fournier	Élisabeth Lamure	Jean-Pierre Corbisez	Mireille Jouve	Raymond Vall
Patrick Chaize	Christophe-André Frassa	Christine Lanfranchi Dorgal			
Pierre Charon	Pierre Frogier	Florence Lassarade			
Daniel Chasseing	Joëlle Garriaud-Maylam	Robert Laufoaulu	Philippe Adnot	Fabienne Keller	Stéphane Ravier
Alain Chatillon	Françoise Gatel	Michel Laugier	Christine Herzog	Jean Louis Masson	
Marie-Christine Chauvin	André Gattolin	Christine Lavarde			
Guillaume Chevrollier	Jacques Genest	Ronan Le Gleut			
Marta de Cidrac	Frédérique Gerbaud	Jacques Le Nay			
Marta de Cidrac	Samia Ghali	Jean-Yves Leconte			
Olivier Cigolotti	Bruno Gilles	Antoine Lefèvre			
Yvon Collin	Jordi Ginesta	Dominique de Legge			
Catherine Conconne					
Hélène Conway-Mouret					

Abstentions :

Stéphane Artano	Josiane Costes	Françoise Laborde
Henri Cabanel	Éric Gold	Olivier Léonhardt
Maryse Carrère	Jean-Noël Guérini	Jean-Claude Requier
Joseph Castelli	Éric Jeansannetas	Jean-Yves Roux
Jean-Pierre Corbisez	Mireille Jouve	Raymond Vall

N'ont pas pris part au vote :

Philippe Adnot	Fabienne Keller	Stéphane Ravier
Christine Herzog	Jean Louis Masson	

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.