

**MERCREDI 5 JUIN 2019**

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

## SOMMAIRE

<b>COMMUNICATION.....</b>	<b>1</b>
<b><i>CMP (Nominations)</i></b>	<b>1</b>
<b>RAPPELS AU RÈGLEMENT .....</b>	<b>1</b>
M. Bernard Jomier	1
Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé	1
Mme Laurence Rossignol	1
<b>MISES AU POINT AU SUJET DE VOTES .....</b>	<b>1</b>
<b>ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (<i>Procédure accélérée - Suite</i>).....</b>	<b>2</b>
<b><i>Discussion des articles (Suite)</i></b>	<b>2</b>
ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 4 <i>ter</i>	2
<b>HOMMAGE À UNE DÉLÉGATION NORD-MACÉDONIENNE .....</b>	<b>8</b>
<b>ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (<i>Procédure accélérée - Suite</i>).....</b>	<b>9</b>
<b><i>Discussion des articles (Suite)</i></b>	<b>9</b>
ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 4 <i>ter</i> ( <i>Suite</i> )	9
ARTICLE 5	10
M. Bernard Jomier	10
ARTICLES ADDITIONNELS	13
ARTICLE 5 <i>TER</i>	14
ARTICLE 6	17
Mme Laurence Cohen	17
M. Bernard Jomier	17
ARTICLES ADDITIONNELS	20
ARTICLE 6 <i>BIS A</i>	22
Mme Laurence Cohen	22
ARTICLES ADDITIONNELS	23
ARTICLE 7 A	25
ARTICLE 7 C	25
ARTICLE ADDITIONNEL	26
ARTICLE 7 D ( <i>Supprimé</i> )	26
ARTICLES ADDITIONNELS	27
ARTICLE 7	29
Mme Laurence Cohen	29
Mme Cathy Apourceau-Poly	29
M. Bernard Jomier	29
M. Éric Gold	29
M. Dominique Théophile	29
M. Yves Daudigny	29
M. Daniel Chasseing	29

<b>MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR .....</b>	<b>37</b>
<b>ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (<i>Procédure accélérée - Suite</i>).....</b>	<b>38</b>
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	<b>38</b>
ARTICLE 7 ( <i>Suite</i> )	<b>38</b>
ARTICLES ADDITIONNELS	<b>44</b>
ARTICLE 7 <i>BIS</i>	<b>48</b>
ARTICLES ADDITIONNELS	<b>51</b>
ARTICLE 7 <i>TER A</i>	<b>53</b>
ARTICLE ADDITIONNEL	<b>53</b>
ARTICLE 7 <i>QUATER</i>	<b>53</b>
ARTICLE 7 <i>QUINQUIES</i>	<b>53</b>
ARTICLES ADDITIONNELS	<b>55</b>
ARTICLE 7 <i>SEXIES A</i>	<b>57</b>
ARTICLES ADDITIONNELS	<b>58</b>
ARTICLE 7 <i>SEXIES B</i>	<b>61</b>
ARTICLES ADDITIONNELS	<b>61</b>
ARTICLE 7 <i>SEXIES C (Supprimé)</i>	<b>62</b>
ARTICLES ADDITIONNELS	<b>62</b>
ARTICLE 7 <i>SEXIES</i>	<b>63</b>
M. Jean-Pierre Decool	<b>63</b>
ARTICLE 7 <i>SEPTIES A</i>	<b>64</b>
ARTICLE 7 <i>SEPTIES (Supprimé)</i>	<b>65</b>
ARTICLES ADDITIONNELS	<b>65</b>
ARTICLE 8	<b>67</b>
Mme Cathy Apourceau-Poly	<b>67</b>
M. Bernard Jomier	<b>67</b>
M. Guillaume Gontard	<b>67</b>
M. Dominique Théophile	<b>67</b>
M. Yves Daudigny	<b>68</b>
Mme Victoire Jasmin	<b>68</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>70</b>
<i>Ordre du jour du jeudi 6 juin 2019</i>	<b>70</b>
<i>Analyse des scrutins publics</i>	<b>71</b>
<i>Nomination des membres de CMP</i>	<b>74</b>

## SÉANCE du mercredi 5 juin 2019

99<sup>e</sup> séance de la session ordinaire 2018-2019

PRÉSIDENCE DE M. VINCENT DELAHAYE,  
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :  
MME AGNÈS CANAYER, MME ANNIE GUILLEMOT.

*La séance est ouverte à 14 h 30.*

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

### Communication

#### CMP (Nominations)

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

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

### Rappels au Règlement

**M. Bernard Jomier.** – Je voudrais appeler à la nécessaire sérénité de nos débats - dont les premiers responsables sont ceux qui les structurent et les organisent. Or les déclarations de la ministre hier à propos de la grève des urgences de Lariboisière - elle a estimé que ce qu'ils faisaient n'était pas bien, entraînant une surcharge de travail pour leurs collègues - a fait porter la responsabilité de la situation sur les professionnels.

Cela aurait pu passer pour de la maladresse.

Mais ce matin, Mme Sibeth Ndiaye, porte-parole du Gouvernement, a rejeté sur la médecine de ville la responsabilité de la situation aux urgences.

Déjà, lors de la canicule de 2003, des responsables politiques avaient cru intelligent de mettre en cause les

médecins de ville dans la surmortalité survenue à l'époque, alors qu'ils avaient fait plus d'actes que les années précédentes.

Arrêtons de mettre en cause les professionnels de santé. N'opposons pas des urgentistes et des professionnels de ville qui tous font de leur mieux. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR)*

**M. le président.** – Acte vous est donné de votre rappel au Règlement. La sérénité est toujours bienvenue.

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** – Je ne crois pas que mon ton ici soit de nature à troubler la sérénité des débats.

Monsieur Jomier, citez-moi entièrement lorsque vous me citez, surtout à la radio. Vos déclarations sont fausses. *(Murmures sur les bancs du groupe SOCR)*

**Mme Laurence Rossignol.** – Les extraits que j'ai écoutés, madame la ministre, ont été mal perçus par les grévistes. Aujourd'hui, 75 services d'urgences sont en lutte dans notre pays. La grève est un droit et les grévistes ne sont pas, comme vous le suggérez, de mauvais collègues.

Nous travaillons sur un projet de loi qui apportera au mieux des solutions dans une dizaine d'années. Pendant ce temps, il faut parer au plus pressé : les urgentistes réclament l'arrêt des fermetures des lits, des recrutements de soignants et le paiement des heures supplémentaires. Ce point n'est peut-être pas à l'ordre du jour de la séance, mais il est à l'ordre du jour du pays.

**M. le président.** – Acte vous est donné de votre rappel au Règlement.

### Mises au point au sujet de votes

**Mme Martine Berthet.** – Sur les scrutins publics n<sup>os</sup>130, 132, 133, 134 et 135, Mme Noël et M. Gremillet souhaitaient voter pour et non contre.

**Mme Véronique Guillotin.** – Lors du scrutin public n°129, je souhaitais voter contre et non pas m'abstenir comme cela a été indiqué.

**Mme Élisabeth Doineau.** – Concernant le scrutin n°132 Mmes Vérien et Loisier voulaient voter pour l'amendement n°422 ; elles ont été enregistrées comme ne prenant pas part au vote.

Au scrutin n°134, M. Kern voulait voter pour et non contre.

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

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

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

### Discussion des articles (Suite)

#### ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 4 *ter*

**M. le président.** – Amendement n°168 rectifié *quinquies*, présenté par MM. Moga, Mizzon et Janssens, Mmes Perrot et Vermeillet, M. Laurey, Mme Joissains, MM. Louault et Cigolotti, Mme Saint-Pé et M. Longeot.

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

**M. Jean-Pierre Moga.** – Le problème de la démographie médicale et de l'accès aux soins est une des principales préoccupations ressorties du grand débat.

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

C'est pourquoi cet amendement prévoit que, à l'issue de sa formation, tout médecin s'installe pour une durée minimum de quatre ans dans un secteur géographique où l'offre de soins est jugée insuffisante par l'Agence régionale de santé (ARS). La collectivité nationale est en droit d'attendre un acte de solidarité de leur part : leur installation, pour une durée provisoire, dans un secteur sous-médicalisé.

C'est d'ailleurs cette logique qui prévaut pour un certain nombre de formations et pour les CESP.

J'espère que lorsqu'on décide de devenir médecin, c'est pour soigner les autres - là où ils se trouvent.

Cette mesure ne s'appliquerait qu'aux futurs étudiants en médecine qui se destinent à l'exercice libéral. Les étudiants actuels ne seraient pas concernés.

Enfin, pour des raisons d'équité, ce dispositif s'appliquerait également aux titulaires de diplômes étrangers. (M. Jean-François Longeot et Mme Sylvie Goy-Chavent applaudissent.)

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

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

**M. Michel Vaspert.** – C'est un amendement similaire au précédent, mais la répétition est une forme de pédagogie. Ces quinze dernières années, les mesures incitatives - CESP, régimes fiscaux de faveur... - n'ont donné aucun résultat.

**M. le président.** – Amendement n°26 rectifié *bis*, présenté par M. Segouin, Mme Eustache-Brinio, MM. Lefèvre, Longuet, Revet et Morisset, Mme Deromedi et MM. Genest, Meurant, Laménié, Pellevat et Gremillet.

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

**M. Vincent Segouin.** – Cet amendement impose au dernier tiers du *numerus clausus* sorti des études de s'installer dans les zones déficitaires au niveau régional. C'est plus nuancé que d'imposer à tous les étudiants nouvellement installés de s'implanter dans les territoires sous-denses. Le principe de méritocratie, qui préside aux études de médecine, peut être prolongé pour la première installation du jeune médecin.

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

**M. le président.** – Amendement n°27 rectifié *bis*, présenté par M. Segouin, Mme Eustache-Brinio, MM. Brisson, Longuet, Revet et Morisset, Mme Deromedi, MM. Genest, Perrin, Raison, Poniatowski, Meurant, Mandelli, Laménie et Pellevat, Mmes Canayer et Lamure et M. Gremillet.

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

**M. Vincent Segouin.** – Contrairement aux pharmaciens, aux notaires ou encore aux agents de la fonction publique, aucune cartographie n'existe quant à l'installation des médecins sur l'ensemble du territoire national. Résultat, c'est le seul cas pour lequel il existe des zones désertées par la profession. Nous n'avons pas de problème avec les autres professions de santé.

Une fois cette cartographie établie et les zones dites tendues ou sous-dotées identifiées, il est du devoir du législateur, de fournir en médecin les zones n'étant plus suffisamment dotées en offre médicale.

Il apparaît donc nécessaire de rendre obligatoire les trois premières années d'installation professionnelle dans le ressort de l'académie dans lequel la première année de médecine a été validée.

**M. le président.** – Amendement n°122 rectifié *bis*, présenté par Mme Monier, MM. Sueur, Todeschini et Vaugrenard, Mmes Lepage et Meunier, MM. Antiste et Duran, Mme G. Jourda, MM. Manable, Mazuir, Fichet

et Tissot, Mmes Perol-Dumont et Blondin, M. Marie, Mme Tocqueville, MM. Vallini et P. Joly, Mme Conconne et MM. Tourenne, Kerrouche, Courteau et Temal.

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

**Mme Gisèle Jourda.** – Cet amendement instaure une obligation d'exercer pour tout nouveau médecin libéral pour une durée au moins égale à trois ans, dans une zone sous-dotée, et ce à titre expérimental pour une période de cinq ans.

Une région qui n'a plus de médecins est un territoire qui se meurt.

À Tuchan, dans l'Aude, un généraliste vient de partir. Les zones sous-denses sont une urgence sanitaire et sociale, mais aussi d'égalité des territoires. Votre texte ne correspond pas à la situation dramatique que nous connaissons dans nos communes. Il nous faut proposer un éventail de solutions. Les mesures incitatives sont insuffisantes et la situation empire. L'égal accès aux soins de tous doit nous guider.

Nous n'avons plus le choix : il faut réguler et encadrer. Cela existe déjà pour les policiers, enseignants, notaires, huissiers, infirmiers, pharmaciens. Autorisons au moins l'expérimentation. Ne soyons pas frileux. Le nombre d'années proposées - trois ans - me semble adéquat.

**M. le président.** – Amendement n°117 rectifié *ter*, présenté par M. L. Hervé, Mme Tetuanui, MM. Détraigne, Janssens et Moga, Mme Saint-Pé, M. Longeot et Mme Létard.

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

**M. Loïc Hervé.** – En droite ligne avec celui que j'ai défendu hier soir - que le rapporteur a qualifié d'original -, cet amendement instaure, à titre expérimental -, l'obligation pour tout nouveau médecin libéral d'exercer pendant un an dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telles que définies par les ARS.

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

L'impact de cette expérimentation est évalué par le ministère de la Santé et le CNOM dans le cadre de trois rapports communs. Un rapport d'évaluation est publié avant l'entrée en vigueur de la mesure, un autre est publié au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2023 et un dernier rapport publié dans les six mois suivants la fin de la période d'expérimentation.

**M. le président.** – Amendement n°346 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

« À l'obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, tout nouveau médecin est désormais tenu d'exercer, à titre d'installation ou de remplacement, pendant une période de deux ans au moins, dans la région où il a suivi son troisième cycle, au sein d'une

zone qualifiée de sous-dense en offre de soins par l'agence régionale de santé. Il peut choisir librement cette zone parmi celles qui ont été arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé.

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

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – Les gouvernements successifs, responsables de l'austérité qui a vidé de nombreux territoires ruraux et urbains des services publics, ont contraint les médecins qui s'installent à les fuir. Il ne convient pas que les médecins soient punis à la place des responsables de ces politiques. Seule une politique globale de revitalisation des territoires peut mettre fin à cette situation. L'urgence sanitaire nous oblige à dépasser les simples mesures incitatives à l'installation et de prévoir des régulations.

L'installation des pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes est déjà soumise à régulation. Nous proposons aux territoires sous-dotés volontaires une expérimentation de ce type pour deux ans. L'article 40 nous empêche de proposer des mesures financières, mais l'on peut envisager une compensation financière, par exemple sous forme d'annuités de retraite. Une évaluation de l'expérimentation est aussi proposée.

**M. Alain Milon,** rapporteur de la commission des affaires sociales. – Ces sept amendements instaurent des obligations d'exercice - ou l'expérimentation d'une telle obligation pendant un, trois ou cinq ans dans des territoires sous-denses de l'académie ou la région où ils ont étudié.

La commission s'oppose à tous ces amendements que les jeunes médecins ne comprendraient pas. Les études de médecine ont été allongées : neuf ans, aujourd'hui. Contrairement aux jeunes professeurs et policiers - qui sont fonctionnaires -, les médecins obtiennent leur diplôme alors qu'ils ont plus de 30 ans, et nombre d'entre eux ont fondé une famille. Difficile de leur imposer de s'installer ailleurs que là où se trouve leur foyer. Les zones sous-denses ne sont pas que des déserts médicaux - ils sont des déserts pour tous les services publics. Ne faisons pas des seuls médecins les aménageurs du territoire.

Mieux vaut leur faire découvrir ces zones au cours de leurs études - c'est le sens de l'amendement 1 rectifié *quater* adopté avant-hier soir.

Quant à l'amendement n°26 rectifié *bis*, qui réserve l'obligation aux étudiants les plus mal placés : d'abord il renvoie à un *numerus clausus* qui n'existe plus ; ensuite est-ce le bon message que de sanctionner les étudiants les plus mal classés en les envoyant en zones sous-denses ? (*Mme Catherine Deroche et M. Claude Kern applaudissent.*)

**Mme Agnès Buzyn,** ministre des solidarités et de la santé. – Avis défavorable.

**M. Michel Amiel.** – M. Jomier a parlé de sérénité. Les communiqués de presse publiés hier à propos des prises de position du Sénat sur le troisième cycle sont éloquentes : « le Sénat marche sur la tête et préconise de brader la formation des médecins » ; « Il est inacceptable de brader la formation des futurs médecins pour répondre aux problématiques d'accès aux soins engendrées par des erreurs politiques d'il y a trente ans » ; « Les sénateurs souhaitent-ils une médecine à deux vitesses ? » ; « Les futurs médecins somment le Parlement de revenir à la raison ». Si ces amendements passaient, ce serait la fin, de la médecine libérale. Pourquoi pas, mais autant le dire ! Il s'agirait de médecins salariés, fonctionnarisés, qui iraient s'installer là où on leur dirait d'aller.

Si c'est ce que souhaite le Sénat - je ne le souhaite pas, moi - alors concertons-nous pour inventer un nouveau système. Le groupe LaREM ne votera pas ces amendements.

**M. Vincent Segouin.** – Les propos sur le confort des médecins (*Mme Florence Lassarade proteste.*)... ne prennent pas en compte le fait que 15 % de personnes n'ont pas de médecins. Cela fait des décennies que cela dure, et nous ne trouvons pas de solution. Tout le système est en train de se gripper, mais nous nous préoccupons du confort des jeunes médecins. Pensons aux Français !

**Mme Laurence Cohen.** – Il faudrait le dire au moment du PLFSS !

**M. Jean-Louis Tourenne.** – Laisser entendre que la médecine libérale disparaîtrait si l'on imposait aux jeunes médecins d'exercer pendant trois ans en zone sous-dense me semble exagéré et ne correspond pas à la sagesse du Sénat.

Oui, les solutions incitatives n'ont pas fonctionné.

Mais si nous ne résolvons pas le problème de la désertification médicale, nous aurons au moins accompli un exploit : nous aurons déployé des trésors de virtuosité rhétorique pour montrer qu'aucune solution n'est possible.

**Mme Laurence Cohen.** – Je suis étonnée que des parlementaires s'offusquent que nos décisions fassent l'objet de communiqués de presse. C'est la vie démocratique !

Nous sommes favorables à une médecine de ville à côté d'une médecine hospitalière ; elles sont complémentaires. Le manque de professionnels de santé touche les deux secteurs.

Je constate que les choses ont changé : il y a quelques années, notre groupe était le seul à proposer des mesures coercitives pour l'installation dans les zones sous-denses. Aujourd'hui, de nombreux groupes font de même. Mais marchons sur nos deux jambes : n'oublions pas l'hôpital. J'espère, chers collègues, que vous vous souviendrez de vos propos lorsqu'il s'agira de fermer les hôpitaux de proximité ou

lors du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Sinon, c'est un peu facile de défendre aujourd'hui de telles positions sans en tirer les conséquences. (*M. Jean-Paul Émorine proteste ; Mme Esther Benbassa applaudit.*)

**Mme Véronique Guillotin.** – Je souscris aux propos du président de la commission. Moi aussi, je suis opposée à toute coercition. Comparer les médecins aux policiers et aux professeurs n'a pas de sens : le système français repose sur une médecine libérale enviée partout. Reste à la réorganiser. Nous examinerons prochainement un projet de loi sur le système de santé ambulatoire. Les CPTS donnent des outils bienvenus aux professionnels de santé et aux collectivités.

Cette loi supprime le *numerus clausus*, ce qui n'a jamais été fait. Oui, cette loi aura besoin de moyens. Il faudra mouiller le maillot pour un bon maillage sur le territoire. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RDSE*)

**Mme Gisèle Jourda.** – On pourrait en sourire si ce n'était pas si triste ! Pourquoi intervenons-nous ? C'est que, malgré les lois qui se succèdent, nous voyons les territoires hyper-ruraux se vider de tous leurs services publics et les hôpitaux s'éloigner. Il n'y a plus que deux centres hospitaliers dans mon département. Il n'y a plus de généralistes, les pays se meurent. Dans certains territoires, on est à trente-cinq minutes d'un généraliste.

Ces amendements ne sont pas punitifs, au contraire : nos territoires ont envie de médecins ! Des communes se sont endettées pour des maisons de santé où les médecins ne restent que six mois ! En restant trois ans, ils apprendraient à connaître et à aimer le territoire.

Vous dites, chère collègue, que les policiers et professeurs sont des fonctionnaires. Mais les infirmiers, les kinésithérapeutes sont restés sur les territoires ruraux !

Certains collègues pourraient sortir de leur corporatisme et penser à l'intérêt général. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe SOCR*)

**M. le président.** – Nous avons déjà eu ce débat hier...

**Mme Catherine Deroche.** – J'entends les arguments des collègues. Oui, les élus sont inquiets. Ce n'est pas seulement un problème rural : la préfecture de la Mayenne est sous-dotée, alors qu'un coin du département a bien cadré les choses avec des exercices coordonnés. Nous sommes dans le creux de la vague, mais nous en sortirons dans quelques années. La situation n'est pas la même pour les infirmiers et les kinésithérapeutes : il n'y a pas de zones sur-dotées en médecins. On ne gère pas la pénurie par la coercition.



Les étudiants en médecine exercent une certaine pression depuis quelques jours : je ne leur jette pas la pierre. Oui, les études de médecine coûtent cher, mais c'est le cas pour tous les étudiants. Ceux de médecine font vivre les hôpitaux...

**M. le président.** – Veuillez conclure.

**Mme Catherine Deroche.** – C'est donc un peu raide. Incitons, mais ne les contraignons pas.

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – J'ai l'impression, madame la ministre, monsieur le rapporteur, que vous ne prenez pas la mesure de la situation. Rien n'est fait pour régler le problème. Il n'y a plus de médecins de ville. Pas un jour ne s'écoule sans que nous ne recevions des coups de fil de familles qui nous relatent leurs difficultés à soigner leurs enfants.

Je veux bien que la coercition soit délicate à imposer. Mais notre amendement est un peu différent : nous proposons une expérimentation, avec une évaluation.

Mme Cohen l'a dit : à Avion, près de Lens, les médecins aux urgences sont en *burn-out*, et ils démissionnent en cascade. Je ne suis pas sûre que les urgences ne soient pas obligées de fermer cet été. Dans un bassin de vie de 250 000 habitants, imaginez les conséquences...

**M. Daniel Chasseing.** – Je comprends ces amendements. Les médecins ont changé ; ils veulent vivre autrement. L'amendement intergroupe n°1 rectifié *quater* que nous avons adopté sur la dernière année de troisième cycle ne brade pas la formation, comme on a pu le dire, c'est complètement faux. Cette proposition pourrait régler une grande partie des problèmes rencontrés par les zones sous-denses.

Avec les CPTS, les projets de santé, cet amendement pourra régler bon an mal an les problèmes. Je ne voterai pas les amendements plus coercitifs, même si je les comprends.

**Mme Élisabeth Doineau.** – Je comprends l'émotion et l'insatisfaction, et même la colère des élus et des patients. Je sais que Mme la ministre la comprend aussi. Mais les solutions que vous proposez ne donneront pas les résultats que vous visez. Vous ne remplacerez pas le médecin du village qui part à la retraite. Les jeunes médecins sont si sollicités - médecin de PMI, de l'industrie, du travail - qu'ils iront encore moins sur nos territoires, si des mesures coercitives sont votées. Ce sont les territoires qui réfléchissent en amont qui s'en sortent.

Regardez ce qu'a fait l'Aveyron : le résultat est extraordinaire. Autre exemple, à Laval, nous avons mis en place un cabinet éphémère, où des médecins en cumul emploi-retraite, maîtres de stage universitaires, forment les jeunes qui iront exercer en maison de santé pluridisciplinaire.

Il faut faire des efforts, mais tous ensemble, et mouiller la chemise comme l'a dit Mme Guillotin. (*Mme Sophie Joissains applaudit.*)

**Mme Sophie Taillé-Polian.** – J'entends l'inquiétude de Mme Gisèle Jourda. Mais il y a d'autres déserts médicaux qui, eux, sont très peuplés : les zones urbaines sensibles. Les maires de Ville & Banlieue ont tiré le signal d'alarme. En Île-de-France, la paupérisation s'aggrave et il existe aussi un énorme problème d'accès aux soins. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe SOCR*)

**M. René-Paul Savary.** – J'ai rarement vu des débats aussi animés de façon transpartisane. C'est que dans nos territoires la discussion est également animée. La division se fait plutôt entre ceux d'en haut et ceux d'en bas. Il y a des problèmes aux urgences, où la sous-démographie sévit aussi. C'est pourquoi nous débattons...dans la sérénité ! (*On s'amuse à droite.*)

Les études médicales ont rallongé de trois ans. Cela a pour conséquence que les étudiants deviennent médecins plus tard. Cela a engendré un problème démographique que nous payons des décennies plus tard. (*Mme Frédérique Puissat approuve.*)

Madame la ministre, saisissez notre proposition faite *via* l'amendement n°1 rectifié *quater* : amendez-la, transformez cette obligation en une expérimentation le temps que la démographie devienne plus favorable. Vous êtes dans l'étau, écoutez-nous : la commission mixte paritaire devra répondre aux attentes de toutes et tous. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains ; Mme Évelyne Perrot applaudit également.*)

**M. Bernard Bonne.** – Je comprends que la discussion dure assez longtemps. L'attractivité du métier de médecin généraliste n'est pas assez connue. Si les jeunes pouvaient expérimenter ce métier pendant six mois ou un an, ils en découvriraient toute la joie.

Monsieur Segouin, oui, on peut imaginer la coercition, mais pas seulement pour ceux qui ont le moins bien réussi.

Tous disent que les pharmaciens sont régulés, oui, mais par le Conseil de l'Ordre et les syndicats. Même chose pour les kinésithérapeutes.

**M. Gérard Dériot.** – Par la loi.

**M. Bernard Bonne.** – Pourquoi ne pas demander au Conseil de l'Ordre des médecins de faire, avec les syndicats, des propositions. C'est son rôle, c'est lui qui délivre les autorisations d'exercer ou qui les retire. On ne pourra jamais contraindre un médecin à s'installer quelque part. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains ; Mmes Dominique Vérien et Sylvie Goy-Chavent applaudissent également.*)

**M. Bernard Jomier.** – Le premier jour, nous avons ce débat, le deuxième jour, le même débat, aujourd'hui, encore lui et nous l'aurons probablement demain et après-demain. (*Approbatons et sourires*) Je crois que Nietzsche disait que les questions complexes induisent une tentation autoritaire dans la réponse. Peut-être pouvez-vous corriger cette citation... C'est effectivement tentant, mais les réponses complexes imposent des réponses complexes.

À la commission des affaires sociales, anticipant le choc qui allait se produire dans l'hémicycle, nous avons tenté de conjuguer une réponse inclusive, qui prend en compte l'insuffisante professionnalisation dans la formation, pointée par le Conseil de l'Ordre dans son analyse de la non-installation des jeunes professionnels.

Madame la ministre, vous ne bougez pas ; les mesures que vous proposez ne changent pas et ne donneront aucun résultat probant. Écoutez-nous, car vous n'avez pas vocation à être la ministre de l'inaction.

**Mme Patricia Schillinger.** – Des efforts sont faits dans les territoires où les élus s'investissent. Dans mon département, des spécialistes qui exercent en ville donnent de leur temps à la ruralité. Certains patients apprécient d'échapper au trafic... Mais les médecins veulent résider en ville ; c'est là que sont leurs familles. Écoutons les internes qui sont notre avenir. Ce sont des jeunes professionnels volontaires et passionnés par leur métier. Allons-y, relançons l'expérimentation, faisons le bilan dans deux ou trois ans. Je ne voterai pas ces amendements.

**Mme Corinne Imbert.** – Le sujet qui nous occupe est au cœur du texte, madame la ministre, depuis les débuts de nos débats nous vous tendons la main ; saisissez-la ! Engagez-vous à mettre en musique l'amendement n°1 rectifié *quater* travaillé par la commission et voté le premier jour.

Il ne s'agit pas d'amputer la formation des médecins mais de leur faire confiance, une fois arrivés à leur neuvième année de médecine, pour exercer en zone sous-dense.

Libérez les 3 500 internes de médecine générale concernés par notre amendement, peut-être de manière expérimentale. Vous pensez avoir atteint avec ce texte le meilleur équilibre, mais répondez aux attentes des Français et des élus. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains, ainsi que sur quelques bancs du groupe UC ; Mme Josiane Costes applaudit également.*)

**M. Laurent Duplomb.** – Trois jeunes docteurs souhaitent s'installer dans ma commune rurale de 2 500 habitants. Je pense les faire entrer dans ma maison de santé, mais ils sont prêts à investir 360 000 euros pour créer un cabinet - sans aucune aide, car leur cabinet n'est pas pluridisciplinaire, sans

compter 20 000 euros investis pour goudronner le parking.

Toute profession libérale doit investir dans l'exercice de son métier, mais il serait juste de l'aider, quand d'autres exerceront en maison de santé, sans aucune dépense.

Les médecins, enfin, ne partiront pas tant qu'ils n'auront pas remboursé ! (*Sourires et applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains ; Mme Dominique Vérien applaudit également.*)

**M. Yves Daudigny.** – Élu d'un territoire rural, d'où les services publics disparaissent, frappé par un fort taux de chômage et où le mal-être qui en résulte s'exprime par un taux élevé de votes en faveur de partis extrêmes, je suis engagé depuis plusieurs années sur la question des déserts médicaux. J'ai écrit un rapport sur le sujet. En toute humilité, je ne crois pas que l'on résoudra le problème par la contrainte. En revanche, j'ai soutenu l'amendement voté lundi ; résultat d'un travail transpartisan.

Notre proposition est sérieuse, réaliste, elle donnera de premiers résultats rapides pour répondre aux attentes de nos concitoyens. Adaptez-la au besoin, dans sa mise en œuvre, mais reprenez-la, ne la rejetez pas ! Le Sénat, dans sa grande majorité, cherche à résoudre ce difficile problème des déserts médicaux. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains, ainsi que sur plusieurs bancs du groupe UC et sur quelques bancs du groupe SOCR*)

**Mme Marie-Thérèse Bruguière.** – Nous poussons un cri d'alarme. Dans une commune proche de Montpellier, les trois médecins ont plus de 60 ans. Ils ne trouvent personne pour les remplacer, alors que l'endroit est attractif, situé au bord de la mer.

Mon beau-fils, ophtalmologue, à quelques kilomètres de Montpellier, a dû renoncer à s'installer à Ganges parce que sa femme ne voulait pas le suivre : il n'y avait pas de lycée pour scolariser leurs enfants.

Dès 2013, j'avais participé avec Mme Gourault, à la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales, à l'élaboration de 22 propositions pour lutter contre la désertification médicale ; hélas, aucune n'est sortie. La santé des gens est une question primordiale. (*Quelques applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*)

**M. Alain Fouché.** – Je suis tout à fait d'accord avec les interventions précédentes. Madame la ministre, contrôlez mieux les ARS ! Dans la Vienne, une commune a vu, après son pharmacien, son médecin partir ; l'ARS de Bordeaux a dit au maire qu'il n'avait pas besoin de remplaçant, puisqu'il y avait un médecin à 15 kilomètres, avec une pharmacie... On est en train de tuer un village ! Est-ce cela que l'on veut ? Former de jeunes médecins, en troisième cycle, sur place, comme nous le proposons, est une bonne solution. Sinon, l'on désertifie les campagnes et cela va très vite.

**Mme Anne-Catherine Loisiert.** – Bien sûr, c'est aux territoires de se rendre plus attractifs. Mais pourquoi ne pas faire venir des spécialistes un ou deux jours par semaine en zones sous-dotées ? Il faut une mobilisation globale des CHU, des ARS, des GHT, pour créer ensemble des conditions de travail plus attractives pour les jeunes médecins.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** – (Regardant vers les bancs du groupe SOCR.) Je tiens à répondre à celles, sur ces bancs, qui ont parlé de corporatisme ou m'ont reproché d'oublier les déserts médicaux urbains.

Nous sommes réunis ici depuis lundi et avons évoqué largement le sujet, avant que vous veniez le soulever dans ce débat. Oui, depuis lundi, nous avons travaillé, débattu des différents « déserts » : la ruralité, mais aussi Paris, les banlieues...

Les lois successives étaient complètes, celle-ci mentionne elle aussi les GHT et les CPTS. Il faut connaître tout le texte avant de venir intervenir sur un article en séance !

Malheureusement, la grève des urgentistes n'est pas le fruit du hasard, mais provient des mauvaises décisions prises depuis dix ans et de ce que j'appelle « la dictature de l'Ondam », mis en place par Alain Juppé dans les années quatre-vingt-dix ; j'ai demandé à deux collègues de la commission des affaires sociales d'y travailler dans le cadre de la Mecss.

L'Ondam a été plusieurs fois dépassé ; les centaines de millions d'euros de déficit ont entraîné des restrictions budgétaires, des non-embauches, sous les présidents Sarkozy, Hollande, Macron.

Les Ondam très restrictifs des gouvernements successifs sont partiellement responsables. Vous avez voté, sur les bancs socialistes, un Ondam à 1,7 %, nous avons voté 1,8 %, La République en marche a voté 2,3 % ou 2,5 %... Tout cela est notoirement insuffisant ! Un Ondam qui permettrait de bien travailler s'établirait à 4 %, soit 8 milliards d'euros à trouver chaque année !

**M. Michel Savin.** – Supprimez la taxe d'habitation ! (Sourires)

**M. Alain Milon, rapporteur.** – C'est un autre sujet. La taxe d'habitation n'entre pas dans le budget de la sécurité sociale... On peut parler longtemps du manque de médecins, du manque d'attractivité des territoires, du manque de personnel dans les hôpitaux ou d'autres sujets, si l'on n'agit pas en amont, au niveau du budget de la sécurité sociale, on ne réglera pas le problème. (Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains et sur plusieurs bancs des groupes UC et Les Indépendants)

*À la demande de la commission des affaires sociales, l'amendement n°168 rectifié quinquies est mis aux voix par scrutin public.*

**M. le président.** – Voici le résultat du scrutin n°137 :

Nombre de votants .....342  
Nombre de suffrages exprimés .....246

Pour l'adoption..... 38  
Contre.....208

*Le Sénat n'a pas adopté.*

*L'amendement n°150 rectifié ter n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°27 rectifié bis.*

*À la demande de la commission des affaires sociales, l'amendement n°122 rectifié bis est mis aux voix par scrutin public.*

**M. le président.** – Voici le résultat du scrutin n°138 :

Nombre de votants .....342  
Nombre de suffrages exprimés .....268

Pour l'adoption..... 48  
Contre.....220

*Le Sénat n'a pas adopté.*

*L'amendement n°117 rectifié ter n'est pas adopté.*

*À la demande de la commission des affaires sociales, l'amendement n°346 rectifié est mis aux voix par scrutin public.*

**M. le président.** – Voici le résultat du scrutin n°139 :

Nombre de votants .....341  
Nombre de suffrages exprimés .....261

Pour l'adoption..... 42  
Contre.....219

*Le Sénat n'a pas adopté.*

## Hommage à une délégation nord-macédonienne

**M. le président.** – (Mmes les sénatrices, MM. les sénateurs et Mme la ministre se lèvent.) Je suis particulièrement heureux de saluer la présence dans notre tribune d'Honneur de Mme Radmila Shekerinska-Jankovska, vice-présidente du Gouvernement et ministre de la Défense de la République de Macédoine du Nord. (Applaudissements sur tous les bancs)

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

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

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

Discussion des articles (*Suite*)

### ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 4 ter (Suite)

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

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

**M. Cédric Perrin.** – Cet amendement permet à un jeune médecin d'exercer pendant une période de deux ans auprès d'un ou plusieurs praticiens installés, ou auprès d'une structure de soins, dans une zone sous-dense, sans être inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

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

**M. le président.** – Amendement n°758, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

**M. Yves Daudigny.** – Cet amendement du groupe socialiste incite les médecins fraîchement diplômés d'exercer auprès d'un ou plusieurs médecins ayant leur cabinet dans des zones sous-denses, avant d'exercer à leur propre compte, en leur permettant, pendant au maximum une année, de travailler sans être inscrits au tableau d'un département.

Cette solution présente plusieurs avantages : permettre aux jeunes diplômés d'apporter leur renfort à des médecins relevant de départements différents en travaillant chacun à temps partiel, ce qui peut être particulièrement souhaitable lorsque ces médecins sont surchargés sans pour autant avoir la possibilité d'offrir un emploi à temps plein ; faciliter à ces jeunes diplômés l'accès à l'exercice à temps plein de leur profession, éventuellement en se répartissant entre plusieurs cabinets ; leur offrir une année de perfectionnement à l'issue de leurs études ; les familiariser avec l'exercice de la profession dans des zones sous-denses et, pour beaucoup, les encourager à s'y installer définitivement.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ces amendements introduisent en somme une nouvelle modalité d'exercice dérogatoire de la médecine en zone sous-dense. C'est bienvenu, mais il existe déjà plusieurs modes d'exercice en-dehors de l'installation régulière, notamment les statuts de médecin remplaçant et de médecin adjoint. Ne complexifions pas le paysage réglementaire, au risque de rendre moins lisibles et incitatifs les dispositifs existants.

Enfin, je renvoie à l'amendement n°1 rectifié *quater* qui sert le même objectif. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°187 rectifié ter n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°758.*

*La séance, suspendue à 16 h 5, reprend à 16 h 10.*

## ARTICLE 5

**M. Bernard Jomier.** – L'article 5 revoit à juste titre les modalités de recours à l'adjuvat ; ce régime possède un triple intérêt : c'est un exercice valorisé et valorisant par sa rémunération, il est réalisé en supplément et non à la place du médecin ; enfin, il représente l'opportunité d'une formation professionnalisante sur le terrain. L'adjuvat offre ainsi l'occasion de découvrir un mode d'exercice et un territoire. Les dispositifs d'incitation portent leurs premiers fruits mais ils ont été tardifs et la situation demeure inquiétante. Depuis 2010, la présence de médecins réguliers a baissé de neuf points et la légère amélioration observée depuis 2017 n'est due qu'aux médecins retraités. On parle souvent des zones rurales, mais on oublie parfois les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), dont l'attractivité pour les professionnels médicaux est très faible.

Les mesures de l'article 5 qui permettent une clarification bienvenue du régime de l'adjuvat sont pertinentes mais reviennent à envoyer, selon un mode proche de l'autonomie, des étudiants pas mieux formés que des internes en troisième année... Vos arguments contre l'amendement n°1 rectifié *quater* sont donc à relativiser.

**M. le président.** – Amendement n°62 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Ponnatowski, Perrin et Raison.

### I. – Alinéa 3

Remplacer cet alinéa par huit alinéas ainsi rédigés :

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

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

« Cet exercice ne peut se faire que :

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

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

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

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

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application

du présent article, notamment le niveau d'études exigé selon la qualification du praticien assisté ou remplacé ainsi que la durée maximale des autorisations, les modalités de leur délivrance et les conditions de leur prorogation. » ;

### II. – Alinéas 5 à 11

Supprimer ces alinéas.

**Mme Sylviane Noël.** – L'article 5 permet l'adjuvat dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Cet amendement permet également l'exercice dans ces zones en tant que médecin remplaçant afin d'éviter de détériorer davantage l'accès aux soins dans les zones sous-dotées.

**M. le président.** – Amendement n°64 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Perrin et Raison.

### I. – Alinéa 3

Après le mot :

alinéa,

insérer les mots :

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

### II. – Alinéa 6

Remplacer les mots :

peuvent être autorisées

par les mots :

sont autorisées

### III. – Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

**Mme Sylviane Noël.** – Cet amendement substitue un régime déclaratif au régime d'autorisation, par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins, de l'exercice en qualité de médecin adjoint ou remplaçant.

**M. le président.** – Amendement n°63 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Perrin et Raison.

### Alinéa 7

Après le mot :

déterminées

insérer les mots :

après une concertation avec les collectivités territoriales concernées

**Mme Sylviane Noël.** – L'article 5 permet à un interne en médecine d'assister un médecin en cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population - réservé à ce jour aux zones touristiques. Il étend ce dispositif aux zones caractérisées par des difficultés dans l'accès aux soins.

Cet amendement inclut les collectivités territoriales dans la réflexion qui conduira à déterminer les zones caractérisées par les difficultés dans l'accès aux soins.

**M. le président.** – Amendement n°441, présenté par M. Lurel, Mmes Jasmin, Conconne et Ghali, MM. Todeschini et Mazuir, Mme Artigalas et MM. Manable et Montaugé.

Alinéa 9

Remplacer les mots :

ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le  
par les mots :

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

**M. Victorin Lurel.** – Le présent article élargit les modalités de recours au médecin adjoint en visant plus particulièrement les zones sous-denses.

Cet amendement donne la possibilité au représentant de l'État ou au conseil départemental de l'Ordre des médecins d'autoriser le recours à des médecins adjoints lorsqu'une carence « simple » - et non plus « ponctuelle » - est constatée dans l'offre de soins.

« Ponctuelle », on ne sait pas bien ce que cela veut dire. Je retire celui-ci au profit de l'amendement n°442 rectifié.

*L'amendement n°441 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°65 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Poniowski, Perrin et Raison.

Alinéa 9

Supprimer le mot :

ponctuelle

**Mme Sylviane Noël.** – L'alinéa que nous proposons de modifier autorise l'exercice en tant qu'adjoint d'un médecin dans les zones sous-dotées dans « l'intérêt de la population, lorsqu'une carence ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental ».

Cet amendement supprime le mot « ponctuelle ». Beaucoup de zones rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins sans être pour autant identifiées comme telles au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

**M. le président.** – Amendement identique n°180 rectifié *bis*, présenté par MM. J. Bigot et Bérít-Débat,

Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllégatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Préville et Tocqueville, MM. Sueur et Montaugé, Mme Harribey, MM. Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly et Duran, Mmes Artigalas et Conconne, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Courteau et Temal et Mme Monier.

**M. Joël Bigot.** – Le Sénat, chambre des territoires par excellence, s'honorerait à voter un amendement qui apporte une réponse d'urgence aux carences d'offre de soins constatée dans trop de nos territoires.

**M. le président.** – Amendement identique n°352 rectifié, présenté par Mme M. Carrère, MM. Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli et Collin, Mme Costes, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

**Mme Françoise Laborde.** – Défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°425, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

**M. Jean-François Longeot,** *rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.* – Défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°442 rectifié, présenté par M. Lurel, Mmes Jasmin et Ghali et M. Mazuir.

**M. Victorin Lurel.** – Défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°501 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot et MM. Menonville, Wattedled, Bouloux, Nougéin, Longeot, Mandelli et Bonhomme.

**M. Daniel Chasseing.** – Le mot « ponctuelle » est trop imprécis ; il doit être supprimé pour élargir la possibilité, pour le conseil départemental de l'ordre, de recourir à un médecin adjoint, en cas de carence constatée.

**M. le président.** – Amendement n°597, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 9

Remplacer les mots :

ou par le

par les mots :

, le cas échéant sur proposition du

**M. Dominique Théophile.** – Les maires, premiers relais des préoccupations de leurs administrés, sont pleinement légitimes pour alerter sur les difficultés d'accès aux soins que rencontrent leurs territoires.

L'amendement adopté par la commission des affaires sociales permettait aux maires de décider seuls d'accueillir un médecin adjoint sur leur commune, par la publication d'un arrêté municipal, ce qui aurait pour conséquence d'octroyer de facto aux maires une compétence en matière d'autorisation d'un exercice médical sur un territoire, ce qui apparaît problématique.

Cet amendement propose de reconnaître aux maires la possibilité de saisir le Conseil de l'ordre de situations de carence médicale dont il aurait connaissance sur son territoire afin d'ouvrir la possibilité de recrutement de médecins adjoints.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ces amendements abordent plusieurs sujets s'agissant de l'adjuvat. Plusieurs élargissent encore la possibilité de recours au médecin adjoint en supprimant le caractère ponctué de la carence de l'offre de soins. Ne les dénaturons pas, en ouvrant trop largement le recours à l'adjuvat. Cela dénaturerait le dispositif qui, pour être incitatif, doit rester ciblé.

Avis défavorable à l'amendement n°62 rectifié qui rapproche le régime de l'adjuvat de celui de remplacement.

L'amendement n°65 rectifié substitue un régime déclaratif au régime d'autorisation pour l'ordre des médecins par l'ordre. Ce n'est pas souhaitable. Il faut prévenir les abus et garantir la qualité des candidats. Avis défavorable.

L'amendement n°63 rectifié alourdit inutilement la procédure ouvrant le recours au médecin adjoint. Avis défavorable.

En revanche, l'amendement n°597 affirme la rédaction de la commission des affaires sociales en précisant que la compétence du maire de la commune est subsidiaire. Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis sur tous les amendements.

*L'amendement n°62 rectifié n'est pas adopté non plus que les amendements n°65 rectifié et 63 rectifié.*

*Les amendements identiques n°65 rectifié, 180 rectifié bis, 352 rectifié, 425, 442 rectifié, 501 rectifié bis ne sont pas adoptés.*

*L'amendement n°597 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°67 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Perrin et Raison.

Après l'alinéa 4

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

**Mme Sylviane Noël.** – Cet amendement ouvre le statut de médecin adjoint au secteur privé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les établissements de santé peuvent recruter des médecins par voie contractuelle, mais aussi des internes. Cette possibilité supplémentaire est inutile : retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°67 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°556, présenté par MM. Mohamed Soilihi, Hassani, Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Haut, Karam, Marchand, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Après l'alinéa 4

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

**M. Thani Mohamed Soilihi.** – Mayotte a dépassé le stade de la désertification. C'est d'un véritable désastre médical qu'il s'agit. Le système de santé est hyper-saturé. La situation réclame des mesures dérogatoires. Je regrette que mes amendements sur ce sujet aient été déclarés irrecevables au titre des articles 40 et 45, dont un amendement autorise un seul médecin à créer une maison médicale.

Je propose d'adapter les modalités d'autorisation d'exercice de la médecine pour l'île de Mayotte caractérisée par l'absence d'une médecine de ville, qui a conduit à l'embolie du centre hospitalier de Mayotte.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je suis opposé à la remise en cause du ciblage des dispositifs d'exercice alternatif à l'installation. Mais à Mayotte, la commission des affaires sociales a pu constater que l'offre de ville était quasi inexistante. Je m'interroge cependant sur le caractère opératoire de l'amendement. Je me rangerai à l'avis du Gouvernement.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Votre amendement est satisfait. Le Gouvernement a pris des mesures pour améliorer l'offre de soins à Mayotte, à commencer par la création d'une ARS de plein exercice au 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour mieux accompagner le développement de l'offre de soins spécifiques, la mise en place d'un PRS spécifique à Mayotte pour la

période 2018-2022 et traduit en mahorais, et un ambitieux programme de santé publique.

En 2019, 20 millions d'euros seront alloués au CHM. La modernisation de l'établissement sera accompagnée à hauteur de 172 millions d'euros par l'État. Retrait ou avis défavorable.

**M. Thani Mohamed Soilihi.** – Merci de vos assurances.

*L'amendement n°556 est retiré.*

*L'article 5, modifié, est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

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

Après l'article 5

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

**M. Michel Vaspert.** – Les territoires veulent être mieux impliqués dans la gestion au quotidien de la santé publique. Cet amendement introduit la voix, *via* une simple consultation minimale, des élus locaux qui n'est jusque-là pas prise en compte dans la définition du zonage en zones denses.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Amendement satisfait par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique qui introduit un système à deux étapes. L'article L. 1434-2 prévoit que les arrêtés de zonage sont pris après consultation de la CRSA où siègent les élus locaux. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

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

*L'article 5 bis est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°14 rectifié, présenté par Mme Doineau et les membres du groupe Union Centriste.

Après l'article 5 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

« 2° À compter de l'année qui suit celle de leur établissement, les médecins ainsi que les auxiliaires médicaux mentionnés au 1° qui, exerçant leur activité à titre libéral, s'établissent ou se regroupent sur un site distinct de leur résidence professionnelle habituelle et situé dans une commune répondant aux conditions du même 1° ou dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

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

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

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

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

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

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

**Mme Élisabeth Doineau.** – L'exercice en cabinet multi-sites se heurte à un frein de nature fiscale : l'acquittement par deux fois de la cotisation foncière des entreprises - elle est relativement élevée puisqu'elle est fonction de la valeur locative du cabinet. Cet amendement confère un caractère automatique à l'exonération prévue à l'article 1464 D du code général des impôts.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous n'avons rien à gagner à la multiplication des outils incitatifs à l'installation. Pour être efficaces, ils doivent rester



cibler sur le zonage établi par les ARS. Le ministère devrait d'ailleurs effectuer un toilettage des aides existantes. Cet amendement pourrait créer un effet d'aubaine : les communes de moins de 2 000 habitants ne se trouvent pas nécessairement dans une zone sous-dotée. Retrait, sinon avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Ce sujet, sur lequel une réflexion est engagée, relève de la loi de finances. Retrait, sinon avis défavorable.

Rassurez-vous, nous menons une politique de soutien affirmé vis-à-vis des cabinets secondaires. Pour preuve, le passage d'un régime d'autorisation à un régime déclaratif auprès de l'ordre des médecins et la bonification des honoraires de 25 % en zone sous-dense.

*L'amendement n°14 rectifié est retiré.*

## ARTICLE 5 TER

**M. le président.** – Amendement n°557, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 2

Après les mots :

en médecine

insérer les mots :

ou une infirmière justifiant de la formation requise

**M. Michel Amiel.** – Cet amendement autorise les infirmiers à rédiger un certificat de décès. Dans certaines zones, les familles en deuil doivent parfois attendre des heures voire des jours, avant qu'un médecin ne puisse établir ce certificat.

Conscients que cela pourrait poser des problèmes médico-légaux, nous avons conditionné cette autorisation à la justification d'une formation spécifique.

**M. le président.** – Amendement n°362 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, M. Artano, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux, Vall et Husson.

Alinéa 2

Après les mots :

en France

insérer les mots :

, par un infirmier exerçant en pratique avancée

**Mme Véronique Guillotin.** – L'objectif est le même mais nous visons les infirmiers en pratique avancée,

ceux justifiant d'un minimum d'exercice de trois ans qui ont obtenu un diplôme d'État. Cela permettrait d'accélérer la délivrance des certificats de décès.

**M. le président.** – Amendement n°157 rectifié, présenté par Mme Morhet-Richaud, MM. D. Laurent, Revet, Morisset, Raison et Perrin, Mme Ramond, M. Vaspart, Mme Garriaud-Maylam, M. Brisson, Mmes Gruny et Imbert, MM. B. Fournier, Cuypers, Dufaut, Bouchet, del Picchia et Poniatowski, Mmes Noël et Lopez et MM. Laménie, Meurant, Rapin et Sido.

I. – Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

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

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

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** – Dans certaines zones, il est très difficile d'obtenir un certificat de décès dans un délai raisonnable. Ce n'est pas acceptable ni d'un point de vue administratif ni sur le plan humain. En laissant aux seuls médecins la possibilité de délivrer ce certificat, la loi tient insuffisamment compte de l'évolution de notre société et du développement des déserts médicaux. Cet article assouplit le droit existant en faisant droit aux retraités et aux étudiants en médecine de troisième cycle d'établir ces certificats. Cet amendement l'ouvre aux infirmiers.

**M. le président.** – Amendement n°361 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, M. Artano, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux, Vall et Husson.

I. – Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

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

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

**Mme Véronique Guillotin.** – Toujours le même objectif mais nous réservons le droit d'établir ces certificats aux infirmiers qui ont dispensé des soins palliatifs à la personne décédée.

**M. le président.** – Amendement n°558, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

Amendement n°559, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

**M. Dominique Théophile.** – Amendements de repli : l'autorisation est limitée aux décès survenus dans les zones sous-dotées.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'établissement des certificats de décès doit demeurer une compétence médicale. Il constitue un enjeu administratif car la délivrance d'un certificat de décès conditionne celle de l'autorisation de fermeture du cercueil, un enjeu médico-légal dans les cas où des violences seraient constatées sur le corps du patient décédé, un enjeu de santé publique et de veille sanitaire puisque l'examen permet de détecter d'éventuelles maladies infectieuses dont la propagation doit être prévenue.

Les élargissements opérés par l'article 5 ter - élargissement aux médecins retraités et aux étudiants de troisième cycle - et par le texte de la commission des affaires sociales - élargissement aux Padhue - apporteront des réponses utiles aux territoires en tension.

En outre, un décret de 2017 a rendu plus incitative la rémunération de l'examen médical préalable à

l'établissement du certificat sur la base d'un forfait de 100 euros.

Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – J'ai conscience des problèmes rencontrés dans certains territoires. C'est pourquoi j'ai accepté plusieurs assouplissements à l'Assemblée nationale. Je ne souhaite cependant pas aller plus loin compte tenu des enjeux sanitaire et judiciaire.

Une fièvre hémorragique virale entraîne, en effet, une mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique ; en cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob, d'une tuberculose active ou encore d'un état septique grave, le corps doit être placé dans un cercueil fin simple mais avec interdiction de soins de conservation du corps.

Ce certificat permet aussi d'attester du caractère naturel ou non du décès et, si besoin est, de mobiliser les instances judiciaires.

La mention de la cause précise du décès est d'une importance capitale pour la veille sanitaire. Ces certificats alimentent le registre national des décès, tenu par l'Inserm, à partir duquel sont publiées des statistiques annuelles.

Les médecins sont formés à cet acte, je souhaite qu'eux seuls puissent le réaliser.

Depuis le décret de 2017, on observe une véritable dynamique. En 2018, 50 000 actes ont fait l'objet de cette rémunération plus favorable. Avec les assouplissements prévus à cet article, la situation devrait s'apaiser dans les territoires sous tension. Je vous propose d'évaluer ces mesures nouvelles avant de prendre toute autre décision. Avis défavorable.

*L'amendement n°557 est retiré, ainsi que les amendements n°362 rectifié bis, 157 rectifié, 361 rectifié bis, 558 et 559.*

*Les amendements n°363 rectifié et 560 sont retirés.*

**M. le président.** – Amendement n°778 rectifié bis, présenté par Mme Imbert, MM. Charon, Pointereau et Sol, Mme Malet, M. Brisson, Mme Garriaud-Maylam, M. Morisset, Mmes Deromedi, Puissat, Deroche et Richer, MM. D. Laurent et Savary, Mme Deseyne, M. Mouiller, Mme Gruny, M. Gremillet et Mme Morhet-Richaud.

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je m'interroge aussi sur cet alinéa 3 dont la rédaction semble restreindre les compétences des médecins retraités. À l'Assemblée nationale, il a été indiqué que le décret préciserait les conditions financières des actes pratiqués par les médecins retraités ; la rémunération ne donnerait pas lieu au versement de cotisations sociales. Est-ce bien l'orientation retenue par le Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Les médecins retraités, même inscrits au tableau du conseil départemental de l'Ordre, ne peuvent pas effectuer la plénitude des actes qu'ils exerçaient en activité. Un décret précisera les conditions d'exercice et de formation des médecins retraités. Ceux-ci devront se mettre en lien avec le médecin traitant habituel afin de déterminer si le décès était inattendu. Leur rémunération ne donnera pas lieu au versement de cotisations sociales dans la limite d'un plafond fixé à 80 000 euros de revenus depuis hier. Avis défavorable.

**Mme Corinne Imbert.** – C'est étonnant : un médecin retraité pourrait soigner des patients mais ne pas pouvoir signer un certificat de décès ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – C'est une question de statut. Un médecin en cumul emploi-retraite reste inscrit à l'Ordre pour le plein exercice, ce qui n'est pas le cas des retraités.

**M. René-Paul Savary.** – Ils restent inscrits à l'Ordre !

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

**M. le président.** – Amendement n°617 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Monier et Blondin, M. Mazuir et Mme Grelet-Certenais.

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

**Mme Laurence Rossignol.** – Par toute une série d'enquêtes, notamment celle qu'a menée le parquet de Bordeaux en lien avec le CHU et celle de l'Inserm, nous savons que, parmi les morts inexplicables de nourrissons, certaines sont des néonaticides, des morts liées au syndrome du bébé secoué et à de la maltraitance. Un jeune médecin assistant est-il capable d'identifier l'impensable et d'aller chercher au-delà de la mort inexplicable ? J'aimerais connaître le sentiment de la ministre sur ce sujet.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Retrait, sinon avis défavorable. Il n'y a pas de différence objectivable de compétence entre un médecin en exercice, un étudiant

en fin de troisième cycle formé, un Padhue en fin de parcours de consolidation des compétences et un médecin retraité.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je comprends votre inquiétude mais les médecins sont formés aux morts inattendues des enfants. Il existe des procédures quand un enfant est emmené mort aux urgences, un guide de bonnes pratiques de la HAS. Certaines morts sont prévisibles, pourquoi écarter les internes et les médecins retraités ? Toute mort inattendue d'un enfant fait l'objet d'un signalement. Avis défavorable.

**Mme Laurence Rossignol.** – Je pensais aux décès à domicile, pas à l'hôpital.

*L'amendement n°617 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°618 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Blondin et Monier et M. Mazuir.

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

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

« Dans les situations de mort inattendue du nourrisson, il est procédé à des examens complémentaires non invasifs permettant de repérer la commission de maltraitances. »

**Mme Laurence Rossignol.** – Cet amendement est proposé par les professionnels de la protection de l'enfance et de la médecine légale. Un tiers des morts accidentelles de nourrissons seraient, en réalité, des décès liés au syndrome du bébé secoué ou à de la maltraitance. Effectuer systématiquement des examens complémentaires non invasifs, pour vérifier qu'il n'y a pas eu de violences, ferait progresser notre connaissance d'un phénomène qui touche particulièrement la France, par rapport aux autres pays européens, avec 400 décès par an.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cette proposition relève plutôt du domaine réglementaire. Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je comprends votre inquiétude mais le protocole est harmonisé, que l'examen soit pratiqué à l'hôpital ou en ville. Des travaux sont en cours dans le cadre du Pacte pour l'enfance pour s'assurer que les procédures et recommandations de la HAS sont bien appliquées. Avis défavorable.

**Mme Laurence Rossignol.** – Je maintiens mon amendement. Toutes les études le démontrent : nous passons à côté de capacités d'investigation.

**Mme Michelle Meunier.** – Je voterai cet amendement. M. Milon a rappelé l'enjeu médico-légal de ce certificat de décès. L'un des leitmotivs des auditions de la mission commune d'information sur les violences sexuelles faites aux mineurs était le manque

de données. Cet amendement contribuera à y remédier.

*Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°618 rectifié, mis aux voix par assis et debout, n'est pas adopté.*

**Mme Laurence Rossignol.** – On a fait entrer en urgence dans l'hémicycle des sénateurs pour voter contre cet amendement !

**M. le président.** – Madame Rossignol, votre amendement était, de toute façon, rejeté.

Amendement n°343, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

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

« Le maire dispose de pouvoir de réquisition pour faire constater le décès dans les vingt-quatre heures suivant la découverte du corps. »

**Mme Céline Brulin.** – Difficile, dans mon département, d'obtenir qu'un médecin se déplace pour constater un décès entre minuit et 6 heures. Pourquoi ne pas autoriser le maire à réquisitionner un médecin ? Madame la ministre, vous avez jugé intéressante cette proposition à l'Assemblée nationale.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je ne suis pas sûr qu'on trouve un maire pour réquisitionner un médecin entre minuit et 6 heures... Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Après examen de la proposition, il apparaît que seul le préfet peut réquisitionner un professionnel de santé. Le maire peut le lui demander. Avis défavorable.

**Mme Céline Brulin.** – Les familles en deuil ne pensent pas à appeler le préfet, elles s'adressent au maire et, monsieur le rapporteur, beaucoup sont disponibles 24 heures sur 24 !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La réquisition d'un professionnel de santé est exceptionnelle, elle doit se limiter au cas où la vie de personnes est en danger. En cas de mort, c'est trop tard... N'envoyons pas un gendarme au domicile d'un médecin qui est peut-être en train de soigner des vivants. (*M. Michel Savin renchérit.*) Soyons prudents sur ces dispositifs coercitifs.

Avec la rémunération relevée à 100 euros pour un certificat, la situation est en train de se détendre.

*L'amendement n°343 n'est pas adopté.*

*L'article 5 ter est adopté.*

*L'article 5 quater demeure supprimé.*

## ARTICLE 6

**Mme Laurence Cohen.** – Nous souhaitons la suppression de cet article. Encore une fois, le

Gouvernement recourt à des ordonnances. Le champ de l'habilitation est flou.

Sous couvert de créer un cadre unique, nous craignons un éclatement des statuts. À mettre en parallèle avec le texte à venir sur la fonction publique.

Vous cherchez à limiter le recours à l'intérim dans les hôpitaux. Une concertation est en cours et nous vous soutenons : l'intérim coûtait 500 millions d'euros en 2013, sans doute le double aujourd'hui. Mais 30 % des postes de praticiens hospitaliers sont vacants et les directrices et directeurs d'hôpitaux n'ont d'autres choix que d'y recourir à grands frais, grevant leur budget.

La commission des affaires sociales a ajouté l'objectif d'un meilleur encadrement des écarts de salaires entre les différents statuts. Ce point sera-t-il traité ? Un récent article de *L'Opinion* laissait entendre le contraire.

**M. Bernard Jomier.** – Il est regrettable que lorsque nous devons voter sur un amendement aussi peu politique que celui relatif aux décès inexplicables de nourrissons, certains entrent dans l'hémicycle pour voter et en ressortent aussitôt. (*Protestations à droite*)

**M. Jean-Noël Cardoux.** – Nous n'avons pas besoin de leçon de morale !

**M. Bernard Jomier.** – L'article 6 crée un statut unique de praticien hospitalier. Il est vrai que les conditions d'exercice en hôpitaux sont devenues illisibles, la Cour des comptes le dénonçait déjà en 2006.

L'exercice mixte ne doit pas être au détriment de l'hôpital. Une autorité locale se chargera-t-elle de la cohérence de l'ensemble ? Des contrôles seront-ils prévus ? Nous souhaitons des précisions avant de nous prononcer.

**M. le président.** – Amendement n°52 rectifié quater, présenté par Mmes Guidez et Eustache-Brinio, MM. Henno, Decool et Guerriau, Mme Garriaud-Maylam, M. Morisset, Mmes L. Darcos et Kauffmann, MM. L. Hervé et Meurant, Mme Billon, M. Bonne, Mme Férat, MM. Lafon et Laménie, Mme de la Provôté, MM. Cazabonne et Moga et Mme A.M. Bertrand.

Supprimer cet article.

**Mme Jocelyne Guidez.** – Cet article habilite le Gouvernement à créer par voie d'ordonnances un statut unique de praticien hospitalier, de réformer les conditions de recours à l'emploi médical contractuel dans le cadre d'un nouveau contrat. Sur la forme, qu'une mesure de cette importance soit renvoyée à une ordonnance est regrettable.

Sur le fond, des professionnels s'inquiètent du risque de nomination des praticiens hospitaliers par les directions d'établissement, en lieu et place de la procédure nationale.

Bien qu'imparfait, le processus de recrutement actuel est ouvert à tous, reconnaît la compétence médicale et la volonté de l'engagement dans le service public, sanctionné par un examen par un collègue médical de la spécialité.

**M. le président.** – Amendement identique n°299, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

**Mme Michelle Gréaume.** – Pourquoi favoriser l'exercice des médecins libéraux à l'hôpital alors qu'ils sont déjà trop peu nombreux dans de nombreux territoires ? Pourquoi supprimer un concours, garant de l'égalité des chances ? Devant autant d'incertitudes, nous souhaitons, nous aussi, la suppression de l'article.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – J'aurais évidemment préféré que la réforme du statut des praticiens hospitaliers ait été faite par voie législative que par ordonnance mais nous sommes convenus, en commission de nous montrer constructifs tout en étant vigilants sur le texte des ordonnances lorsque nous les examinerons.

Avis défavorable, mais j'espère que ce contournement du Parlement ne se reproduira pas.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Nous partageons le même objectif face à la difficulté à attirer certains professionnels à l'hôpital. Le recours aux intérimaires est devenu massif, malgré les décrets qui limitent le salaire qui leur est versé. L'objectif est d'attirer les professionnels vers l'hôpital public en leur offrant un statut plus souple. Je pense, en particulier, aux anesthésistes, aspirés vers le privé par des salaires bien plus élevés et dont l'absence paralyse les blocs opératoires.

L'attractivité des carrières publiques s'en trouvera renforcée, comme la fluidité entre exercice libéral et hospitalier. Une concertation est en cours pour créer un statut unique de praticien hospitalier et permettre les avancées précisées.

Le directeur d'hôpital pourra refuser de signer un contrat : l'hôpital ne sera pas défavorisé.

Nous souhaitons accompagner la concertation en cours. Les représentants des praticiens hospitaliers ont fait part de leurs attentes et de leurs craintes, je les entends et souhaite les rassurer.

La procédure de nomination restera nationale. En réalité, le concours de praticien hospitalier, réussi par 90 % des candidats, n'est pas un véritable concours mais davantage un recrutement sur titre sur des postes fléchés. Les lauréats travaillent déjà à l'hôpital public et sont connus.

Il ne s'agit pas, madame Cohen, de négociations salariales même si le sujet des rémunérations pourra être abordé.

La concertation n'étant pas terminée, nous avons dû choisir la voie de l'habilitation mais je présenterai

devant la commission des affaires sociales le projet d'ordonnance. Avis défavorable.

**Mme Jocelyne Guidez.** – J'espère que les professionnels auront des réponses.

*L'amendement n°52 rectifié quater est retiré.*

**Mme Laurence Cohen.** – Le rapporteur ne m'a pas convaincue. Quand on désapprouve, il faut voter contre. Merci, madame la ministre, pour les précisions apportées mais elles demeurent insuffisantes.

*L'amendement n°299 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°89 rectifié, présenté par M. Savary, Mme A.M. Bertrand, MM. Bonne, Bouloux et J.M. Boyer, Mmes Bruguière et Chain-Larché, M. Chaize, Mme Chauvin, MM. Cuypers, Danesi, Daubresse et de Legge, Mme Delmont-Koropoulos, M. del Picchia, Mmes Deroche, Deromedi, Di Folco, Estrosi Sassone et Eustache-Brinio, M. B. Fournier, Mme Garriaud-Maylam, MM. Genest et Gremillet, Mme Gruny, M. Guené, Mme Imbert, MM. Karoutchi, Kennel et Laménie, Mmes Lamure et Lassarade, MM. D. Laurent, Lefèvre et Longuet, Mme Malet, M. Mandelli, Mmes M. Mercier et Morhet-Richaud, MM. Morisset, Mouiller, Perrin, Piednoir, Pierre, Pointereau et Poniatowski, Mmes Procaccia et Puissat, MM. Raison, Rapin, Revet, Saury et Sido, Mme Thomas et M. Vogel.

Alinéa 1

Après le mot :

publique,

insérer les mots :

des personnels des établissements mentionnés au 3° de l'article L. 6112-3 du même code,

**Mme Corinne Imbert.** – Cet amendement étend les assouplissements pour faciliter l'emploi de médecins dans les établissements de santé publics aux établissements du secteur privé à but non lucratif.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement est irrecevable au titre de l'article 38 de la Constitution. Le Parlement ne peut se dessaisir lui-même de ses prérogatives. Retrait, sinon avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

**M. René-Paul Savary.** – La création d'un statut unique de praticien hospitalier me semble pertinente, surtout si les différences de rémunération sont aplanies.

Mais il faut que ce statut s'applique dans les hôpitaux privés à but non lucratif, qui sont de la même école. Cela aurait réglé une partie du problème des déserts médicaux.

*L'amendement n°89 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°760, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

I. – Alinéa 2

Après le mot :

hospitalières,

insérer les mots :

en créant un statut unique de praticien hospitalier et

II. – Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

L'article 25 *septies* de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires s'applique aux personnels soumis au statut unique mentionné au 1° du présent I.

**M. Bernard Jomier.** – L'exercice mixte, que le Gouvernement souhaite consacrer au travers de la création d'un statut unique de praticien hospitalier, doit se faire dans le respect de l'interdiction de cumuler une activité à temps plein et une autre activité.

Évitons que des dérives ne se développent. Beaucoup de praticiens hospitaliers sont amenés à faire des gardes dans le secteur privé en plus de leur temps plein à l'hôpital pour des raisons financières. De meilleures rémunérations et de meilleures conditions de travail seraient plus efficaces pour améliorer l'attractivité des carrières hospitalières.

Qui contrôlera qu'un médecin qui a passé sa journée dans un cabinet privé ne passera pas sa nuit à l'hôpital, mettant potentiellement en danger la vie des patients ? Il faut des garde-fous.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La première précision ne me paraît pas utile mais Mme la ministre vous le confirmera sans doute. Je partage en revanche votre seconde préoccupation, c'est le but du travail que j'ai mené sur l'article 6 *bis* A en étroite collaboration avec le Gouvernement.

Le Gouvernement travaille aussi à la prévention des conflits d'intérêts et des conflits professionnels des futurs praticiens hospitaliers. Quel est son avis ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Le statut de la fonction publique de 1983 prévoit que le fonctionnaire se consacre entièrement à ses tâches et interdit le cumul d'emplois. Il s'applique au personnel des établissements publics de santé : votre amendement est satisfait.

L'exercice mixte n'est pas possible quand les personnels hospitaliers exercent à temps plein à l'hôpital. Effectivement, il ne doit pas conduire à des temps de travail excessif. J'y veillerai. Retrait ?

*L'amendement n°760 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°657 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli,

Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

I. – Alinéa 2, au début

Ajouter les mots :

Valoriser les carrières hospitalières, encadrer les écarts de rémunération et

II. – Alinéa 3

1° Supprimer le mot :

notamment

2° Après le mot :

spécialités

insérer les mots :

et les territoires

**M. Guillaume Arnell.** – Madame la ministre, je vous suis sensible à ce sujet car je vous ai interrogé lors d'une séance de questions au Gouvernement.

Le recours massif aux intérimaires déstabilise l'organisation des services et grève le budget des hôpitaux. Un décret limitant les rémunérations a été publié mais n'a pas porté ses fruits, il est contourné par les directeurs d'établissement.

Donnons un signal fort aux praticiens hospitaliers en rappelant leur prévalence sur les contractuels. Le nivellement ne doit pas se faire par le bas.

**M. le président.** – Amendement n°300, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

**Mme Michelle Gréaume.** – L'habilitation prévue à l'alinéa 3 prévoit de « simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital ». Cela nous fait craindre une fragilisation du statut de la fonction publique hospitalière en multipliant les recrutements sous des conditions dérogoires.

Cet article s'inscrit dans la ligne de la réforme de la fonction publique : moins de titulaires, plus de contractuels. Or, nous militons pour la titularisation des contractuels déjà trop nombreux dans la fonction publique hospitalière.

Vous prétendez ne pas généraliser le recours aux contractuels mais en simplifier l'encadrement ; nous sommes sceptiques. Il y a beaucoup de statuts différents : praticien contractuel, attaché, associé, adjoint contractuel...

L'attractivité ne vient pas du statut, mais de la possibilité de titularisation, des équipements et des conditions de travail.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement n°657 rectifié est, comme celui de Mme Imbert, irrecevable au titre de l'article 38 de la Constitution : on ne peut étendre ainsi le champ d'une habilitation. Retrait, sinon avis défavorable. L'amendement n°300 supprime une habilitation à intervenir par ordonnance, mais nous souhaitons continuer à travailler sur le sujet : avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable aux deux amendements. L'amendement n°657 rectifié complexifierait le périmètre de l'habilitation, et ses préoccupations sont satisfaites.

Madame Cohen, les praticiens hospitaliers resteront majoritaires dans les établissements de santé.

**M. Guillaume Arnell.** – Nous retirons notre amendement, mais nous ne pouvons passer sous silence une telle question, qui se reposera à l'occasion d'autres textes.

*L'amendement n°657 rectifié est retiré.*

*L'amendement n°300 n'est pas adopté.*

**M. Yves Daudigny.** – Tous nos contacts avec les directeurs d'établissement pointent la difficulté à recruter et la faible attractivité du métier de praticien hospitalier. Pour de jeunes praticiens, le salaire de l'hôpital public est de moitié moindre à celui qui leur serait payé dans le privé. Il est absurde que des directeurs d'hôpital soient obligés de se prêter des praticiens spécialisés pour leur permettre de bénéficier de statuts particuliers et donc de salaires plus importants.

Dans bien des régions, beaucoup d'hôpitaux ne peuvent fonctionner que grâce à des Padhue.

Nous voterons toutefois contre l'article 6, étant, en l'espèce, contre les ordonnances.

*L'article 6 est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président.** – Amendement n°106 rectifié *bis*, présenté par Mmes Lassarade et Micouleau, MM. Vogel et Morisset, Mme Gruny, M. Panunzi, Mmes Deromedi, Morhet-Richaud et Bruguière, MM. Genest et Mouiller, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Pellevat et Piednoir, Mmes Chain-Larché et Thomas, M. Rapin, Mmes Imbert et Deroche, MM. Pointereau et Bouloux, Mme L. Darcos et MM. Laménie et Gremillet.

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 11° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° La définition pluriannuelle d'un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. »

**Mme Brigitte Micouleau.** – Cet amendement inscrit dans la loi le principe d'un plan national de santé au travail et de qualité de vie au travail des professionnels hospitaliers - qui s'est considérablement dégradée ces dernières années.

Ce plan devra traduire l'ambition partagée entre le ministère de la Santé et des Affaires sociales, la sécurité sociale, les établissements listés à l'article 2 de la loi de 1986, les partenaires sociaux et les grands organismes de prévention, de constituer un socle commun pour la promotion de la santé et de la qualité de vie au travail.

La concrétisation de cette démarche devra faire l'objet d'un accompagnement méthodologique et financier fort au profit des établissements, et promouvoir les démarches de qualité de vie au travail fondées sur l'analyse de l'organisation du travail.

**M. le président.** – Amendement identique n°130 rectifié *bis*, présenté par M. Sol, Mme Eustache-Brinio, MM. Calvet et Guerriau, Mme Berthet, MM. Decool et Moga, Mme Kauffmann, M. Détraigne, Mmes Raimond-Pavero et Garriaud-Maylam, M. B. Fournier, Mme Chauvin, MM. Mandelli, Bonne et Charon et Mme Lamure.

**M. Jean Sol.** – Nos soignants ont plus que jamais besoin de qualité de vie au travail dans le contexte difficile que nous connaissons aujourd'hui.

**M. le président.** – Amendement identique n°304, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – PLFSS après PLFSS, les coupes budgétaires rendent les conditions de travail à l'hôpital déplorables, avec une multiplication des *burn-out*, des arrêts-maladie, des démissions, des suicides...

D'après un rapport de recherche sur la santé des soignants de 2018 dirigé par le professeur Didier Truchot, 23 % des soignants de l'hôpital public ont des difficultés à dormir - 28,8 % pour les infirmiers et 36,4 % pour les aides-soignants.

Les jours d'arrêt de travail sont plus nombreux à l'hôpital public qu'en libéral. Écoutez la chanson des infirmières de Valence, écoutez les appels de détresse ! Il est urgent d'agir. Nous reprenons donc une proposition de la fédération hospitalière de France afin d'élaborer un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels de santé.

**M. le président.** – Amendement n°656 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre,

MM. Gabouty, Gold et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Requier, Roux et Vall.

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 11° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° La définition pluriannuelle d'un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels des établissements hospitaliers. »

**Mme Véronique Guillotin.** – La qualité de vie des praticiens a des conséquences évidentes pour les patients. Les métiers d'infirmier et d'aide-soignant connaissent aujourd'hui une crise de vocations inédite. Les hôpitaux peinent à pourvoir leurs postes. La dégradation des conditions de travail explique, en partie, ce phénomène.

La démarche de qualité de vie permet d'entrer dans un cercle vertueux. Il faut s'inscrire dans une logique de prévention et non plus de réparation. Sur le modèle du plan national quadriennal de santé au travail élaboré par le ministère du Travail, cet amendement inscrit dans la loi un plan national. Rassurons les soignants : leurs conditions de travail sont notre priorité.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Au risque de décevoir les nombreux signataires de ces amendements, je crains que ces précisions n'aient pas leur place à l'article L. 1411-1 du code de santé publique qui définit la politique de santé de la Nation dans sa globalité et non dans ses détails. En outre, votre préoccupation - qui est aussi la mienne - est satisfaite en pratique : le Gouvernement veut améliorer la qualité de vie au travail des professionnels hospitaliers et à l'article 10 bis A, il est prévu que le projet social de chaque établissement doit intégrer un volet dédié à la qualité de vie au travail des personnels. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Le plan Qualité de vie au travail de 2016, intitulé « Prendre soin de ceux qui soignent », a débouché sur la création d'un Observatoire de la qualité de vie au travail comportant quatre groupes de travail en collaboration avec les organisations syndicales et les partenaires sociaux.

Vos préoccupations sont satisfaites. Pour la certification HAS qui sortira en 2020, la qualité de vie au travail des professionnels de santé figurera parmi les critères. Il n'est donc pas recommandé de l'inscrire dans la loi. Avis défavorable.

**M. Bernard Jomier.** – Le projet de loi sur la santé au travail annoncé est-il toujours en préparation ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Mme Pénicaud et moi-même avons confié aux partenaires sociaux le soin de négocier autour de cette question. À ma connaissance, ce travail n'a pas encore abouti. Nous espérons bien qu'il débouchera pour que nous

puissions vous présenter un projet de loi, mais je ne peux pas vous en dire plus sur le calendrier.

*Les amendements n<sup>os</sup> 106 rectifié bis, 130 rectifié bis et 304 ne sont pas adoptés, non plus que l'amendement n<sup>o</sup> 656 rectifié.*

**M. le président.** – Amendement n°302, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les derniers alinéas de l'article L. 6151-1 du code de la santé publique et de l'article L. 952-21 du code de l'éducation sont complétés par une phrase ainsi rédigée : « Cette décision prend en compte la dimension nationale des affectations et l'évolution des disciplines. »

**Mme Laurence Cohen.** – La suppression du *numerus clausus*, nécessite d'augmenter les capacités d'accueil des universités et d'assurer une répartition plus équilibrée des personnels hospitalo-universitaires qui vont les encadrer.

Les fortes inégalités territoriales dans l'accès aux études de médecine se retrouvent dans le taux d'encadrement des étudiants en médecine par les enseignants.

Le rapport de la Cour des comptes de 2017 sur le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale, a mis en lumière les grandes disparités qui existent dans la répartition des personnels hospitalo-universitaires entre les CHU. Ainsi, en 2015-2016, un poste d'enseignant titulaire ou non titulaire correspondait à 5,29 étudiants à l'université de Paris 5 contre 15 à l'université de Lille 2.

Vous avez dit, madame la ministre, à nos collègues députés que « la répartition des postes hospitalo-universitaires dépend du nombre d'étudiants à former ». C'est exact, tout comme il faut prendre en considération la capacité des établissements de santé à faire de la recherche et les disciplines pratiquées dans chaque CHU.

Actuellement, de nombreuses universités en région ne disposent pas de postes hospitalo-universitaires titulaires dans toutes les spécialités. Notre système est donc morcelé et caractérisé par de fortes inégalités de moyens, ce qui compromet l'homogénéité des formations.

Notre amendement vise donc à corriger ces disparités en favorisant une répartition plus équilibrée des personnels titulaires.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous ne connaissons pas la méthodologie de la gestion des PU-PH et attendons des précisions du Gouvernement.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avec Frédérique Vidal, nous sommes très attentives au rééquilibrage de ces effectifs. Pour certaines disciplines, qui n'avaient pas d'hospitalo-universitaires, nous en créons. C'est



ce que nous faisons en pédopsychiatrie, par exemple. Il faut concilier enseignement, recherche et qualité des candidats... Le nombre d'étudiants à former est le critère central, mais ce n'est pas le seul. Avis défavorable.

**Mme Laurence Cohen.** – Nous maintiendrons cet amendement d'appel et resterons vigilants. Il est assez compliqué de faire bouger les choses : à chaque fois que nous proposons un dispositif, vous nous répondez qu'une concertation est en cours, qu'une commission y travaille...

L'espace laissé aux parlementaires, en particulier d'opposition, se réduit au fil du rasoir, ce qui justifiait pleinement que nous voulions déposer une question préalable.

*L'amendement n°302 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°658 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, Cabanel et Castelli, Mme N. Delattre, M. Gabouty, Mme Jouve et MM. Requier et Vall.

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Après le premier alinéa de l'article 81 quater du code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, cette limite annuelle n'est pas applicable au temps de travail additionnel. »

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

**Mme Véronique Guillotin.** – Cet amendement complète les mesures en faveur de la valorisation des carrières hospitalières au détriment du recours aux intérimaires et dont on connaît les conséquences sur les budgets des hôpitaux.

Il convient donc de supprimer le plafond de 5 000 euros annuel afin que les heures supplémentaires ne soient plus imposées. Cela permettrait de limiter le recours aux contractuels.

**M. le président.** – Amendement n°709 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le premier alinéa de l'article 81 quater du code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, cette limite annuelle n'est pas applicable au temps de travail additionnel. »

II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus par l'article 235 ter ZD du code général des impôts.

**M. Bernard Jomier.** – Cet amendement similaire est destiné à rendre, sur proposition de la fédération hospitalière de France, plus attractif le statut des PU-PH. L'exonération d'impôt sur les heures supplémentaires a été votée en décembre dernier, afin de répondre à la crise des gilets jaunes.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – C'est intéressant, d'autant plus que cette mesure s'inscrit dans la ligne des mesures annoncées pour renforcer l'attractivité de l'exercice hospitalier. Quel serait le coût de cette mesure, et l'impact sur les intérimaires ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – J'ai déjà pris des mesures pour mieux encadrer le recours à l'intérim médical, notamment par l'arrêté d'octobre 2017.

Le plafond de 5 000 euros correspond à seize périodes de temps de travail additionnel, ce n'est pas rien. Une partie non négligeable de ces heures supplémentaires est donc concernée par cette exonération fiscale. Le plafond de 5 000 euros a été décidé par le Gouvernement pour s'appliquer dans tous les secteurs d'activité. Nous ne souhaitons pas le décliner secteur par secteur. Avis défavorable.

*L'amendement n°658 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°709 rectifié.*

## ARTICLE 6 BIS A

**Mme Laurence Cohen.** – Nous voterons cet article issu d'un amendement du rapporteur adopté en commission, qui encadre et limite la concurrence qui existe quand un praticien hospitalier démissionne pour exercer une activité libérale en ville ou lorsqu'il cumule les deux fonctions.

Les directeurs d'hôpitaux nous le disent : les conditions financières et de travail sont si différentes que les plus expérimentés des praticiens fuient vers la ville et le privé et les recrutements de nouveaux médecins sont très difficiles.

Ainsi les hôpitaux publics manquent de radiologues, d'anesthésistes, d'anatomopathologistes et de kinésithérapeutes, y compris dans les GHT situés dans les grandes villes.

À l'hôpital Henri Mondor, à Créteil, il manque 24 % de praticiens hospitaliers à temps complet et 41 % à temps partiel.

Nous espérons que la rédaction de cet article permettra au décret d'application d'être publié.

**M. le président.** – Amendement n°798, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6152-5-1. – I. – Lorsqu'ils risquent d'entrer en concurrence directe avec l'établissement public de santé dans lequel ils exerçaient à titre principal, il peut être interdit, en cas de départ temporaire ou définitif, aux praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1, au 1° de l'article L. 6152-1 et au 2° du même article pour les praticiens dont la quotité de temps de travail est au minimum de 50 % d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie.

« Le directeur de l'établissement fixe, après avis des instances mentionnées aux articles L. 6143-5 et L. 6144-1, les conditions de mise en œuvre de cette disposition, par profession ou spécialité, selon des modalités définies par voie réglementaire.

« L'interdiction ne peut excéder une durée de vingt-quatre mois et ne peut s'appliquer que dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement public de santé dans lequel les praticiens mentionnés au premier alinéa exercent à titre principal.

« En cas de non-respect de cette disposition, une indemnité est due par les praticiens pour chaque mois durant lequel l'interdiction n'est pas respectée. Le montant de cette indemnité ne peut être supérieur à 30 % de la rémunération mensuelle moyenne perçue durant les six derniers mois d'activité.

« Dès que le non-respect de cette interdiction a été dûment constaté, dans le respect du contradictoire, le directeur de l'établissement notifie au praticien la décision motivée fixant le montant de l'indemnité due calculé sur la base de la rémunération mensuelle moyenne perçue durant les six derniers mois d'activité.

« II. – Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 exerçant à temps partiel ne peuvent user de leurs fonctions hospitalières pour entrer en concurrence directe avec l'établissement public de santé dans lequel ils exercent à titre principal dans le cadre d'une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie.

« La décision d'exercice à temps partiel du praticien peut comprendre une interdiction d'exercer une activité rémunérée dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement public de santé dans lequel il exerce à titre principal.

« Dès que le non-respect de cette interdiction a été dûment constaté, dans le respect du contradictoire, il est mis fin à l'autorisation d'exercer à temps partiel.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'article 6 renforce l'exercice partagé entre la ville et l'hôpital dans le but d'améliorer l'attractivité de l'exercice hospitalier et de renforcer les coopérations entre la ville et l'hôpital. Si

ces objectifs ne peuvent qu'être partagés, il convient de se montrer prudent sur les effets de concurrence qui pourraient en résulter au sein d'un territoire, au détriment de l'hôpital public. C'est pourquoi la commission des affaires sociales a proposé de compléter l'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique, qui interdit aux praticiens démissionnaires d'un établissement public d'entrer en concurrence avec cet établissement pendant les deux ans suivant la fin de leurs fonctions, pour prévoir également une limitation des éventuelles situations de concurrence directe entre les différentes activités des praticiens hospitaliers exerçant à temps non complet. Elle a par ailleurs procédé à un toilettage rédactionnel de l'article L. 6152-5-1, dont le décret d'application n'avait jamais été pris faute d'une base législative suffisamment solide.

Cet amendement procède à plusieurs aménagements rédactionnels de l'article 6 *bis* A introduit par la commission des affaires sociales, sans modifier sa portée sur le fond. Il s'agit ainsi de sécuriser le dispositif de prévention des situations de concurrence et de le rendre plus opérationnel.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je suis très favorable à cet amendement qui améliore la rédaction de l'article. Avis favorable.

*L'amendement n°798 est adopté et l'article 6 bis A est ainsi rédigé.*

*L'article 6 bis est adopté, ainsi que l'article 6 ter.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président.** – Amendement n°10 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe et les membres du groupe Union Centriste.

Après l'article 6 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À l'article L. 6154-1, après les mots : « dans les établissements publics de santé », sont insérés les mots « , de même que les praticiens salariés exerçant à temps plein au sein des établissements mentionnés à l'article L. 6161-5, » ;

2° Le II de l'article L. 6154-2 et ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « les praticiens ont été nommés », sont insérés les mots : « ou sont salariés » et, après les mots : « de leur activité », le mot : « publique » est supprimé ;

b) Le 1° est complété par les mots : « ou dans un établissement mentionné à l'article L. 6161-5 » ;

c) Le 2° est complété par les mots : « ou deux demi-journées » ;

d) Le 3° est complété par les mots : « ou salariée » ;

3° L'article L. 6154-4 est ainsi modifié :

- a) Au premier alinéa, le mot : « public » est supprimé ;
- b) À la première phrase du deuxième alinéa, après les mots : « du chef de pôle » sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

4° L'article L. 6154-5 est ainsi modifié :

- a) Au premier alinéa, le mot : « public » est supprimé ;
- b) Au dernier alinéa, après les mots : « tant libérale que publique », sont insérés les mots : « ou salariée ».

5° Au premier alinéa de l'article L. 6154-6, le mot : « public » est supprimé.

**Mme Élisabeth Doineau.** – L'article 6 accorde aux praticiens hospitaliers des hôpitaux publics la possibilité d'exercer également en ville. Les praticiens hospitaliers du secteur public ont par ailleurs déjà le droit d'exercer une activité libérale au sein de leur hôpital, ce qui est interdit aux praticiens du secteur privé non lucratif.

Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) rencontrent un certain nombre de difficultés pour attirer et fidéliser les médecins dans leurs structures, car leurs praticiens n'ont pas aujourd'hui accès aux mêmes opportunités que celles existant dans les hôpitaux publics.

Ils participent pourtant collectivement au même service public. Les praticiens du secteur privé non lucratif devraient donc avoir les mêmes modalités d'exercice que celles offertes aux praticiens dans le public.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Actuellement, l'activité libérale n'est ouverte qu'aux praticiens hospitaliers, dont le statut est beaucoup plus rigide. Ce choix a été historiquement fait en raison du régime encadrant la rémunération des praticiens des hôpitaux publics et des Espic.

Sagesse néanmoins, l'avantage offert aux praticiens hospitaliers et non aux Espic apparaissant peu équitable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La convention collective régissant les Espic est en effet beaucoup plus souple. L'objectif n'est pas de favoriser les dépassements d'honoraires, mais plutôt de favoriser l'accès aux soins. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Élisabeth Doineau.** – Je vais retirer mon amendement mais j'aimerais que vous soyez attentive à ce problème.

*L'amendement n°10 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°152 rectifié *bis*, présenté par MM. Vaspert, Longeot, Bizet, Raison et Mandelli, Mme Morhet-Richaud, MM. Duplomb, Perrin, Pellevat, Nougein, D. Laurent, del Picchia, Paul et Revet, Mmes Troendlé et Deromedi, M. Bascher, Mmes Guidez et Chauvin, MM. Brisson et Priou et Mmes Lanfranchi Dorgal et Lamure.

Avant l'article 7 A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Les chapitres I<sup>er</sup>, II et III du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique sont abrogés.

II. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du I, qui entre en vigueur à une date qu'il fixe et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**M. Michel Vaspert.** – Cet amendement d'appel concerne les ARS. Ces dernières, créées en vertu de la loi HPST du 21 juillet 2009, doivent assurer un pilotage unifié de la santé en région, mieux répondre aux besoins de la population et accroître l'efficacité du système.

Cet amendement part du constat de leur échec à résorber la désertification médicale et du peu d'écoute qu'elles accordent aux élus pour les supprimer.

L'introduction en commission d'un amendement du rapporteur renforçant les pouvoirs de son conseil de surveillance et de placer à sa tête un des élus qui le composent répond à une préconisation de la Mecss publiée dans un rapport de 2014.

Les ARS supprimées, leurs services et agents seraient replacés sous l'autorité directe du préfet de région, et des préfets de département s'agissant de leurs délégués départementaux, dont ils dépendaient antérieurement. Les préfets sont davantage à l'écoute des attentes et des besoins des élus locaux, qui sont bien souvent ignorés des ARS.

**M. Jean-Raymond Hugonet.** – Très bien !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le fonctionnement des ARS soulève des difficultés. Mais la situation antérieure, avec des interlocuteurs dépendant de différentes administrations, n'était pas plus satisfaisante.

L'article 19 *bis* AA introduit par la commission rééquilibre la composition du conseil de surveillance et va déjà très loin au regard de ce qui pourrait être accepté par l'Assemblée nationale.

Personnellement, je suis favorable à ce que le conseil de surveillance des ARS soit présidé par le président de région, et même à ce que le directeur de l'ARS soit nommé par lui, et non par le ministre de la Santé, mais c'est une autre histoire...

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – J'entends les critiques qui montent de beaucoup d'élus locaux sur les ARS qui auraient, selon vous, échoué à remplir leurs missions. Pourtant, elles ont rempli avec succès la grande majorité des missions qui leur ont été confiées en 2009 par le législateur.

Elles ont su avoir une vision globale de la santé - préventive et environnementale - et de l'offre de soins, comprenant la ville et l'hôpital, ainsi que de l'offre médico-sociale.

Elles ont, surtout, contribué au respect de l'Ondam, que plusieurs d'entre vous jugeaient très restrictif. Les

ARS ne sont pas responsables de la raréfaction de l'offre médicale - c'est le *numerus clausus* introduit il y a trente ans. Les ARS accompagnent les médecins dans les zones sous-denses.

L'écoute des élus - variable selon les régions - a été rendue plus difficile à cause de la loi NOTRe qui en a réduit le nombre le 1<sup>er</sup> janvier 2017. On veut leur faire porter le chapeau, mais je crois qu'elles font le maximum pour accompagner les territoires. J'ai introduit dans la loi des élus locaux et des parlementaires dans les conseils de surveillance.

La faiblesse que vous évoquez est aussi liée à celle des délégations territoriales - j'y remédierai très bientôt. Cessons de charger les ARS de tous les maux. Avis défavorable.

**M. Michel Vaspert.** – Je retirerai, bien sûr, cet amendement d'appel. Mais avec le passage du conseil d'administration au conseil de surveillance, on aura beau y renforcer les élus, ils n'auront guère de poids dans la gouvernance. Je vous proposerai un amendement à l'article 10 pour donner aux conseils de surveillance un poids réel dans la gestion des ARS.

*L'amendement n°152 rectifié bis est retiré.*

## ARTICLE 7 A

**M. le président.** – Amendement n°305, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – Cet article, qui fait suite à un amendement adopté en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, confie aux collectivités territoriales une nouvelle compétence en matière de promotion de la santé sans transfert de crédits.

Alors que les mesures d'austérité contraignent déjà les collectivités à réduire certaines missions de service public, ajouter la promotion de la santé va encore aggraver leur situation, puisqu'elles devront faire davantage avec moins de moyens. Même si l'objectif part d'une bonne intention, nous craignons que cet article se traduise par un désengagement de l'État.

Nous demandons par conséquent la suppression de cet article puisque nous ne pouvons réclamer des crédits supplémentaires, du fait de l'article 40.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'article 7 A comporte une faible portée. Il confirme ce qui se fait déjà. La commission ne voit pas d'obstacle à la suppression de cet article à portée assez symbolique : sagesse.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable.

*L'amendement n°305 n'est pas adopté.*

*L'article 7 A est adopté.*

*L'article 7 B demeure supprimé.*

## ARTICLE 7 C

**M. le président.** – Amendement n°759, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Supprimer cet article.

**M. Bernard Jomier.** – Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, crée le concept d'équipe de soins spécialisés, qui me semble imprécis et flou, ce qui renforce la sensation d'un projet de loi peu cohérent. Cela instille de la confusion dans l'organisation de notre système de soin, alors que le plan « Ma Santé 2022 » conforte la coordination des professionnels de premier et deuxième recours, vous ajoutez un nouvel étage à la maison où le patient ne sait déjà pas trop par où entrer.

Je doute même que les professionnels y comprennent quelque chose. Cela illustre le besoin d'un grand schéma d'ensemble pour l'organisation de notre système de soins, qui a trop longtemps souffert de contradictions et d'ambiguïtés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je me suis en effet interrogé sur cet article, qui ajoute un instrument aux équipes de soins primaires (ESP) et aux CPTS. Avis défavorable, cependant, car tout ce qui peut favoriser la coordination entre les acteurs de santé me semble utile.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°759 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°710 rectifié, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-11-1. – Une équipe de soins primaires est composée d'un médecin généraliste de premier recours, d'un pharmacien et d'un infirmier libéral et de tout autre professionnel de santé en faisant la demande qui choisissent d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

« L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination clinique de proximité des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

**M. Yves Daudigny.** – L'article L1411-11-1 du code de la santé publique prévoit actuellement que l'ESP est composée d'un « ensemble de professionnels de santé ». Cet amendement donne de la lisibilité à ce dispositif en précisant que l'ESP est composée d'un médecin généraliste, d'un pharmacien et d'un infirmier

auxquels viennent se rajouter, d'autres auxiliaires médicaux.

La notion de coordination clinique de proximité n'est pas différenciée de l'approche populationnelle confiée aux CPTS.

Cette clarification devrait permettre de répondre aux défis du vieillissement de la population et de l'explosion des maladies chroniques. Il est essentiel d'asseoir cette coordination clinique de proximité sur un triptyque qui peut induire un effet systémique sur la prise en charge du patient. Ce triptyque médecin généraliste, pharmacien et infirmier libéral doit figurer dans la loi.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement propose de supprimer les équipes de soins spécialisés et une nouvelle définition des équipes de soins primaires. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je comprends votre volonté de normer ce que pourrait être une ESP. Mais ne soyons pas trop rigides au niveau législatif, même si le triptyque médecin-infirmier-pharmacien serait le pivot de ce type d'équipes. On peut imaginer qu'une équipe se forme d'abord sous la forme d'un diptyque médecin-infirmier libéral, auquel s'agrégeraient ensuite un ou plusieurs autres professionnels. Avis défavorable.

*L'amendement n°710 rectifié n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°9 rectifié bis, présenté par Mme Doineau et les membres du groupe Union Centriste.

Au début

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... - Le premier alinéa de l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Une équipe de soins primaires est composée d'un médecin généraliste de premier recours, d'un pharmacien et d'un infirmier libéral et de tout autre professionnel de santé en faisant la demande qui choisissent d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. »

**Mme Élisabeth Doineau.** – Les ESP sont des outils flous, d'autant plus qu'ils se rapprochent des CPTS.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Même avis. La définition actuelle de l'ESP est plus ouverte et plus souple que celle que vous proposez. L'outil peut paraître parfois trop médico-centré, mais il reste souple.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je comprends encore une fois cette volonté de clarifier. Il faut dans les ESP des médecins, des infirmiers, mais aussi des kinés... Mais si nous normons trop, cela risque d'être contre-productif. Retrait sinon avis défavorable.

*L'amendement n°9 rectifié bis est retiré.*

*L'article 7 C est adopté.*

## ARTICLE ADDITIONNEL

**M. le président.** – Amendement n°619 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Monier et Blondin, MM. Mazuir et Marie et Mme Grelet-Certenais.

Après l'article 7 C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'État autorise, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, de la mise en place d'unités de soins mobiles et pluridisciplinaires dans les zones désertifiées médicalement.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

**Mme Laurence Rossignol.** – Un décret de 2016 a assoupli l'exercice de la médecine itinérante, mais avec peu de résultats. On a peu parlé ces derniers jours de désertification en matière de soins dentaires. Or, la santé dentaire des pensionnaires d'Ehpad, par exemple, est dramatique. Il faudrait des équipes pluridisciplinaires mobiles pour y remédier. C'est pourquoi mon amendement propose l'expérimentation de la mise en place d'unités de soins mobiles et pluridisciplinaires dans les déserts médicaux.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement est satisfait par l'article 51 du PLFSS pour 2018, qui permet de telles expérimentations dans les zones sous-dotées. Retrait ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

**Mme Laurence Rossignol.** – Dans certaines régions l'enveloppe n'a pas été reconduite pour 2019, ce qui atténue la portée de votre argument, monsieur le rapporteur. Ensuite, il s'agit de zones sous-dotées. Enfin, l'accès aux soins en Ehpad est partout insuffisant.

*L'amendement n°619 rectifié n'est pas adopté.*

## ARTICLE 7 D (Supprimé)

**M. le président.** – Amendement n°338, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

À la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, après le mot : « composé », sont insérés les mots : « des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, ».

**Mme Laurence Cohen.** – Pourquoi supprimer la représentation parlementaire dans les conseils territoriaux de santé, comme la commission des affaires sociales l'a fait ?

Si les conseils territoriaux de santé sont inutiles, autant les supprimer... Ou est-ce notre propre utilité qui est mise en cause ?

Quoi de plus normal que de se rendre compte sur le terrain, au sein des instances, des conséquences de nos votes ?

Je suis heureux que le Gouvernement partage notre analyse et présente un amendement identique.

**M. le président.** – Amendement identique n°465, présenté par le Gouvernement.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Oui, les parlementaires sont fréquemment sollicités sur le thème de l'accès à la santé. Leur participation aux conseils territoriaux de santé leur permettra d'être mieux informés de la situation de l'offre de santé sur le territoire de leur circonscription, d'être davantage associés et de suivre la mise en œuvre effective des projets régionaux de santé dans les territoires, d'identifier les insuffisances en termes d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico- sociaux. D'où notre proposition de rétablir l'article 7.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – À une époque, un certain gouvernement, soutenu par une certaine majorité, a considéré que les parlementaires ne devaient plus cumuler avec un autre mandat, en particulier exécutif local, - nous étions plusieurs à considérer et à dénoncer qu'ils deviendraient hors-sol... Les députés de la nouvelle majorité se sont rendu compte qu'ils étaient effectivement hors-sol, déconnectés des élus, des citoyens, des conseils d'administration des établissements... On les a donc réintroduits dans les instances territoriales, au sol, aux côtés des maires, des adjoints, des présidents des conseils départementaux et régionaux, bref des exécutifs locaux. Cela fait beaucoup de monde !

Pour la commission des affaires sociales, la meilleure façon de faire jouer aux parlementaires leur rôle local est de mettre fin au non-cumul des mandats. Cela dit, elle peut être mise en difficulté, voire en minorité, sans qu'elle en pleure... (*Sourires et applaudissements sur quelques bancs du groupe Les Républicains*)

**M. Philippe Mouiller.** – Très bien !

**M. Bernard Jomier.** – Je partage en partie le raisonnement du rapporteur mais pas sa conclusion. Il est bienvenu de réintroduire les élus dans des instances, mais il faut que celles-ci aient un vrai

pouvoir décisionnel : conseils de surveillance des ARS et des hôpitaux par exemple. Madame la ministre, nous aurons votre soutien là-dessus.

Sur les conseils territoriaux de santé, je suis plus sceptique. Va-t-on y ajouter 29 parlementaires, ce qui serait le cas dans mon département ? C'est absurde ! Je ne voterai pas ces amendements.

**Mme Laurence Cohen.** – Nous constatons tous un déficit de démocratie sanitaire : il faut donc réintroduire le personnel, les syndicats, les usagers, les élus dans ces instances. Cet article n'est qu'un pas dans cette direction.

Lors de notre tour de France des hôpitaux, nous avons constaté l'intérêt des parlementaires pour ces établissements.

Les directeurs d'ARS ont tous les pouvoirs, sans aucun contrepoids. Plutôt que de mettre des parlementaires dans des conseils de surveillance, il faut rétablir les conseils d'administration, qui votaient le budget et qui associaient toutes les parties aux décisions.

**Mme Laurence Rossignol.** – Qu'en est-il des sénateurs élus dans le ressort des territoires concernés ? S'agit-il de tous les parlementaires du département ? Plutôt que « des députés et des sénateurs », ne faut-il pas rectifier et écrire « les députés et les sénateurs » ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Oui, c'est bien cela : les députés et les sénateurs élus dans le ressort des territoires concernés.

*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 338 et 465 ne sont pas adoptés.*

*L'article 7 D demeure supprimé.*

*L'article 7 E demeure supprimé.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**M. le président.** – Amendement n°264 rectifié *ter*, présenté par Mme Deroche, MM. Piednoir et Sol, Mme Deromedi, M. Panunzi, Mmes Micouneau, Di Folco et M. Mercier, MM. Bonne et Mouiller, Mme Imbert, M. Vaspart, Mmes Ramond, Lassarade et Bruguère, MM. Savary et B. Fournier, Mmes Procaccia et Gruny, MM. Dériot et Brisson, Mmes L. Darcos et Berthet, MM. Morisset, Sido et Pointereau, Mme Lamure et MM. Laménie, Karoutchi, Genest, Darnaud et Paul.

Après l'article 7 E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 162-12-22 du code de la sécurité sociale, l'année : « 2018 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

**Mme Catherine Deroche.** – La LFSS pour 2016 mettait en place des contrats de coopération pour les soins visuels visant à faire collaborer les

ophtalmologistes et les orthoptistes, pour réimplanter une offre de soins visuels dans des centres de santé, en rétablissant une présence intermittente d'au moins un professionnel des soins visuels.

Cet amendement prévoit une évaluation de ces contrats en 2022, puisque celle de 2018 n'a pas eu lieu.

**M. le président.** – Amendement n°263 rectifié *ter*, présenté par Mme Deroche, MM. Piednoir et Sol, Mme Deromedi, M. Panunzi, Mmes Micouleau, Di Folco et M. Mercier, MM. Bonne et Mouiller, Mme Imbert, M. Vaspert, Mmes Ramond, Lassarade et Bruguière, MM. Savary et B. Fournier, Mmes Procaccia et Gruny, MM. Dériot et Brisson, Mmes L. Darcos et Berthet, MM. Sido et Morisset, Mme Lamure et MM. Laménie, Karoutchi, Genest, Darnaud et Paul.

Après l'article 7 E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-12-22 du code de la sécurité sociale est supprimé.

**Mme Catherine Deroche.** – Le décret du 6 février 2017 pour les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie s'est révélé complexe et désincitatif : une douzaine de contrats signés, alors que l'étude d'impact de la LFSS pour 2016 envisageait plusieurs centaines de signatures.

De plus, les contrats conventionnels sur les assistants médicaux, qui viennent d'être négociés, ne prévoient pas une telle disposition. L'ouverture des contrats de coopération pour les soins visuels à d'autres professionnels, comme les infirmiers, est donc nécessaire.

D'où cet amendement qui supprime le décret d'embauche.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – J'ai eu l'honneur de rapporter la loi HPST et, avant celle-ci, une autre loi santé, dite Touraine. Lors de l'examen de cette dernière, Mme Touraine s'était engagée à présenter un projet de loi sur les soins visuels. C'était mieux que d'intervenir par petites touches pointillistes. Il n'est pas venu, d'où ces amendements. D'autres, relatifs à d'autres professions, suivront.

Sagesse à l'amendement n°264 rectifié *ter*.

L'amendement n°263 rectifié *ter* semble être un amendement d'appel. Le bon vecteur n'est pas la suppression du décret d'application. Retrait ou avis défavorable, en attendant les précisions de la ministre.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis favorable à l'amendement n°264 rectifié *ter*, s'agissant du report de l'évaluation. En revanche, il convient que les professionnels s'approprient les contrats visés par l'amendement n°263 rectifié *ter* avant d'en envisager la suppression. Une mission y sera consacrée. Nous travaillons sur la filière visuelle dans son ensemble, et

non par petites touches ; je crois qu'il faut aller plus loin pour assouplir l'organisation des soins. Retrait ?

**Mme Catherine Deroche.** – Je retire l'amendement n°263 rectifié *ter*. Cette loi sur la santé visuelle, nous voyons qu'elle n'arrive pas... En attendant, le décret pose problème.

*L'amendement n°264 rectifié ter est adopté et devient un article additionnel.*

*L'amendement n°263 rectifié ter est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°455 rectifié, présenté par M. Canevet.

Après l'article 7 E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 1432-4 du code de la santé publique est complétée par les mots : « , les organisations représentatives des étudiants ».

**M. Michel Canevet.** – Cet amendement intègre des représentants des jeunes médecins et des étudiants en médecine à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), qui est une instance de démocratie sanitaire en région.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous sommes d'accord avec le principe que vous venez d'exposer, mais l'amendement, tel qu'il est rédigé, évoque les associations représentatives d'étudiants en général... Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°455 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°695, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'article 7 E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Chaque établissement hospitalier susceptible d'accueillir des enfants désigne avant le 1<sup>er</sup> septembre 2019 un médecin référent sur les violences intrafamiliales, physiques, sexuelles et/ou psychologiques faites aux femmes et/ou aux enfants.

**Mme Laurence Rossignol.** – Les établissements ayant des services d'urgences disposent depuis quelques années de médecins référents sur les violences faites aux femmes. C'est indispensable car, en général, les femmes qui arrivent aux urgences ne dénoncent pas les violences subies. Les médecins sont formés à repérer les signes.

Le plan de janvier 2017 contre les violences faites aux enfants prévoyait d'étendre ce dispositif à ce type de violences. Cet amendement l'inscrit dans la loi : un médecin référent devra être nommé dans les établissements accueillant les enfants au 1<sup>er</sup> septembre 2019.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – En effet, ce plan prévoyait la nomination d'un médecin référent pour repérer les violences faites aux enfants dans chaque hôpital. Cela a fonctionné sans l'inscrire dans la loi. Que dit le Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Il faut, dans chaque établissement accueillant des enfants, une personne capable d'identifier les violences. Nous avons préféré confier aux centres de psychotraumatisme le soin de développer un réseau de professionnels et surtout de délivrer des formations. Nous estimons que cela sera plus efficace que de désigner un « référent » qui peut ne pas être reconnu par ses pairs.

Il ne semble pas opportun de traiter le sujet dans cette loi. Retrait ?

*L'amendement n°695 n'est pas adopté.*

## ARTICLE 7

**Mme Laurence Cohen.** – Cet article améliore la coopération territoriale entre acteurs de santé. Le système de santé se présente comme un millefeuille illisible. Il simplifie l'existant autour de PTS associant tous les acteurs du territoire : ville et hôpital.

Cette démarche collective est bienvenue mais les PTS seront contraints par les enveloppes des ARS et ne seront pas à la hauteur des besoins.

Le groupe CRCE est donc sceptique quant aux effets d'une telle mesure. Dans un esprit constructif, nous avons déposé des amendements pour l'améliorer.

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – La démocratie sanitaire passe par l'implication des élus, notamment des élus municipaux et conseillers territoriaux. Ils doivent être informés, y compris en amont, des orientations des PTS.

Dans le Pas-de-Calais, l'Observatoire régional de la santé a fermé pour raisons économiques, remplacé par un observatoire régional Hauts-de-France/Normandie. La loupe est trop grande pour une vision fine des territoires. Y a-t-il des indicateurs indépendants pour permettre aux élus de travailler ?

**M. Bernard Jomier.** – La création des PTS constitue à première vue une voie prometteuse pour améliorer l'accès aux soins et soulager l'hôpital. Mais la rédaction de cet article est indigeste et ne permet pas de clarifier un millefeuille déjà illisible. Toutefois, il conforte un outil qui a fait ses preuves : les CPTS, qui laissent l'initiative aux professionnels de terrain. L'ARS devait accompagner ces projets.

Selon les recommandations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), les CPTS seront amenées à agir sur le découplage du secteur sanitaire et médico-social, la permanence des soins, l'accès à un médecin traitant, la prise en charge des pathologies chroniques, ou encore le maintien à

domicile des personnes âgées. C'est bien lourd... Les CPTS devront disposer de moyens conséquents.

**M. Éric Gold.** – La fusion des régions a éloigné les élus locaux des administrations générales, et en particulier des ARS. Il convient de renforcer les liens en mettant en place un interlocuteur privilégié dans chaque ARS.

**M. Dominique Théophile.** – L'article 7 vise à découpler les acteurs de la santé de ville, de l'hôpital et du médico-social. Les acteurs définiront eux-mêmes le périmètre de leur action. Il reviendra à l'ARS de s'assurer de la cohérence des CPTS.

Tous les professionnels de santé entendus par notre groupe appelaient de leurs vœux une meilleure articulation entre ville et hôpital.

**M. Yves Daudigny.** – La création des projets territoriaux de santé doit éviter le fonctionnement en silo de la médecine de ville, de la médecine hospitalière et des différents établissements médico-sociaux répondant aux aspirations des acteurs de santé, à mieux coopérer ; L'exercice coordonné entre la ville et l'hôpital est un argument décisif d'installation pour les médecins. Il est indispensable que les acteurs puissent évoquer ensemble les questions de santé : les CPTS ont à cet égard une réelle utilité. Il faut veiller toutefois à ce que les ARS ne prennent pas la main sur ces dispositifs : attention à ce que ceux-ci ne deviennent pas de purs objets administratifs dotés d'objectifs contraints.

Les professionnels de santé semblent enthousiastes, mais il n'y a pas de modèle unique : il peut y avoir autant de solutions que de territoires.

Il faut aussi clarifier l'articulation entre CPTS et plateforme territoriale d'appui.

Enfin, la validation par l'ARS ne saurait être un examen qui compliquerait la tâche des porteurs de projets.

**M. Daniel Chasseing.** – Rassemblant les différents outils de coordination de l'offre de soins disponibles sur nos territoires, le PTS permettra de veiller à la continuité de l'offre de soins.

Nous allons nous heurter, dans certains territoires, au manque de médecins, sauf à nous appuyer sur l'amendement voté par une très large majorité à l'article 2, élargissant les possibilités d'exercice des médecins adjoints. Il est essentiel qu'il ne reste aucune zone blanche de soins. Le PTS ne jouera son rôle qu'à cette condition.

Le groupe Les Indépendants déposera des amendements sur la coordination entre les élus et les acteurs de santé.

**M. le président.** – Amendement n°29 rectifié, présenté par M. Seguin, Mme Eustache-Brinio, MM. Longuet, Revet et Morisset, Mme Deromedi, MM. Genest, Perrin, Raison, Laménie, Pellevat et Cuypers et Mme Lamure.



Supprimer cet article.

**M. Vincent Segouin.** – La réponse de l'article 7 n'est pas à la hauteur des attentes. Rien n'indique que les PTS trouveront leur place dans le paysage administratif déjà très fourni.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le PTS est, certes, un outil de plus, mais laissons les acteurs de terrain s'en emparer.

Le décloisonnement est indispensable pour constituer des parcours de santé cohérents. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La CPTS est un outil facultatif de mise en cohérence et de simplification des moyens de santé sur un territoire.

Monsieur Daudigny, chaque CPTS aura une enveloppe pouvant aller jusqu'à 380 000 euros pour mener à bien ses missions, et l'intervention de l'ARS se limitera à les valider après s'être assurée de la cohérence des CPTS entre eux. Avis défavorable.

*L'amendement n°29 rectifié n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°450 rectifié, présenté par Mme Doineau et les membres du groupe Union Centriste.

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au dernier alinéa du 2° de l'article L. 1434-2, après le mot : « œuvre », sont insérés les mots : « pour la même durée » ;

**Mme Élisabeth Doineau.** – L'article L. 1434-2 du code de la santé publique précise que le projet régional de santé fixe des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans.

Un schéma régional de santé est établi pour cinq ans, notamment sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires. Il peut être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé, les contrats territoriaux de santé mentale ou encore par les contrats locaux de santé.

Toutefois, la loi reste muette sur la durée de ces trois types de contrats. Par cohérence avec le schéma que ces contrats viennent décliner, cet amendement coordonne leur durée avec celle du schéma régional.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il est pertinent d'aligner la durée du schéma régional de santé sur celle des contrats locaux qui le déclinent. Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Je crains que votre amendement ne modifie les contrats issus de dynamiques territoriales très différentes. Avis défavorable.

*L'amendement n°450 rectifié est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°313 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

I. – Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le second alinéa du I est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Au sein du conseil territorial de santé, est constitué un comité territorial des élus, composé des représentants des élus des collectivités territoriales siégeant au conseil territorial de santé. Les représentants du comité territorial des élus ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement du comité stratégique ne peut être pris en charge par une personne publique. » ;

II. – Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le comité territorial des élus et la formation spécifique dédiée à l'expression des usagers sont consultés avant l'élaboration des projets territoriaux de santé, dans des conditions définies par décret.

**Mme Michelle Gréaume.** – Cet amendement crée des comités territoriaux des élus. Il a été proposé notamment par la Fédération hospitalière de France qui constate la sous-représentation des élus et usagers au sein des CTS. Or le projet de loi accentue la territorialisation des politiques de santé et la concurrence entre établissements.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le texte prévoit déjà la participation des comités territoriaux et des représentants et des usagers à l'élaboration des PTS. De plus, le CTS accueille déjà un conseil des territoires. Votre amendement est satisfait. Retrait ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable.

*L'amendement n°313 rectifié est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°799, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au troisième alinéa du II, après la référence : « L. 6327-2 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Coordination.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis favorable.

*L'amendement n°799 est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°698, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) La première phrase du III est complétée par les mots : « dont le plan régional de santé environnementale et les signalements des lanceurs d'alerte dont le statut est défini à l'article 6 de la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique » ;

**Mme Nadine Grelet-Certenais.** – La santé et l'environnement sont des domaines étroitement liés. Les impacts de l'environnement sur la santé doivent être évalués au mieux afin de prévenir divers risques sanitaires liés à la pollution des milieux et aux agents physiques. Les évaluations doivent être réalisées ou du moins observées et utilisées à différentes échelles, afin de garantir leur qualité et leur efficacité. Le conseil territorial doit tenir compte des évaluations réalisées à l'échelle régionale ou infrarégionale dans le cadre des plans régionaux de santé environnementale et les cellules d'intervention en région de l'institut de veille sanitaire.

Il est nécessaire que les analyses locales soient réellement prises en compte pour répondre aux problèmes spécifiques aux différents territoires. À titre d'exemple : les cas d'agénésie transverse dans l'Ain semblent en cause. Ce cas nous démontre l'importance d'une véritable connaissance des risques pour la santé de la situation environnementale des territoires - connaissance parfois empirique, d'où l'importance d'être attentifs aux alertes et connaissances produites par des dispositifs déjà existants qu'il faut alors pleinement exploiter.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – En bref et en clair, vous demandez la prise en compte du plan régional de santé environnementale et des signalements de lanceurs d'alerte dans le diagnostic territorial partagé... (*Murmures sur les bancs du groupe SOCR ; sourires sur certains bancs du groupe Les Républicains*) Il n'est pas recommandé de mentionner dans la loi toutes les données relevant du diagnostic territorial partagé. Celui-ci a d'abord vocation à identifier les besoins et les insuffisances en termes d'offre de soins et de continuité des parcours des patients. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°698 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°713 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) À l'avant-dernière phrase du premier alinéa du III, après les mots : « conseils locaux de santé », sont insérés les mots : « , des conseils locaux de santé mentale » ;

**M. Bernard Jomier.** – Cet amendement renforce la prise en compte des enjeux de santé mentale, très peu

traités dans ce projet de loi, dans le diagnostic territorial partagé.

Pour que la notion de parcours en santé mentale prenne tout son sens, les apports des conseils territoriaux de santé mentale doivent être pris en compte.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il a semblé utile en effet à la commission de prendre en compte les travaux du conseil territorial de santé mentale. On voit bien l'intérêt de faire le lien entre des structures et outils qui ne doivent pas rester étanches. La proposition des auteurs de l'amendement est pertinente. Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Sagesse.

*L'amendement n°713 rectifié est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°315, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'élaboration par les conseils territoriaux de santé de projets territoriaux de santé. Cette élaboration s'organise en concertation avec les communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, ainsi que des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions.

**Mme Michelle Gréaume.** – Cet amendement renforce le rôle des conseils territoriaux de santé dans l'élaboration des projets territoriaux de santé, en lien étroit avec les communautés professionnelles territoriales de santé, établissements et services de santé. Le CTS rassemble tous les acteurs de santé.

Cet amendement proposé par Médecins du Monde et la Fédération des acteurs de la solidarité rejoint notre demande de démocratie sanitaire.

Il construit à partir de ce qui existe déjà dans les territoires, tout en approfondissant la concertation et la coordination entre les acteurs du parcours de santé.

**M. le président.** – Amendement n°236 rectifié *bis*, présenté par MM. A. Marc, Chasseing et Luche, Mme Mélot et MM. Lagourgue, Guerriau et Decool.

Alinéa 5, première phrase

Remplacer les mots :

établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux

par les mots :

commissions médicales d'établissement

**M. Daniel Chasseing.** – Cet amendement renforce le rôle des CME dans les projets territoriaux de santé

car ce sont elles qui peuvent améliorer la relation avec l'ambulatoire.

**M. le président.** – Amendement n°515, présenté par M. Tissot, Mme Artigalas, MM. M. Bourquin et Duran, Mme Ghali, MM. P. Joly, Manable, Marie et Montaugé, Mme Taillé-Polian et MM. Tourenne, Vallini et Vaugrenard.

Alinéa 5, seconde phrase

Après les mots :

initiée par

rédiger ainsi la fin de cette phrase :

le conseil territorial de santé défini à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique en lien les communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, ainsi que des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

**Mme Viviane Artigalas.** – Cet amendement donne un rôle central au conseil territorial de santé, instance de démocratie en santé, dans l'élaboration des projets territoriaux de santé.

Proposé par l'Unioipss et l'Association des paralysés de France, France Handicap, il garantit une meilleure opérationnalité des PTS.

Le conseil territorial de santé garantit la représentativité des acteurs d'un territoire et la cohérence avec le diagnostic partagé qu'il a élaboré.

La multiplication de collectifs d'acteurs et de projets risque d'entraîner de la confusion et une déperdition dans la mobilisation des acteurs, voire de créer de la concurrence entre différents collectifs d'acteurs.

Cet amendement prévoit enfin une évaluation périodique des PTS par le conseil territorial de santé.

**M. le président.** – Amendement n°353 rectifié, présenté par Mme M. Carrère, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli, Collin, Corbisez, Gabouty, Gold et Guérini, Mme Guillotin, M. Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

Alinéa 5, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

ou un établissement thermal

**M. Guillaume Arnell.** – La médecine thermique offre une thérapie complémentaire et alternative à la médecine classique ; elle est exempte d'effets secondaires. De plus, les établissements thermaux sont souvent situés en zone sous-denses.

**M. le président.** – Amendement n°503 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville et Wattedled, Mmes Deromedi et Noël et MM. Bouloux, Nougéin, Mandelli, Laménie et Bonhomme.

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

En l'absence d'initiative des professionnels dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé saisit les conseils territoriaux de santé pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé.

**M. Daniel Chasseing.** – Le conseil territorial de santé est une instance de démocratie en santé dans laquelle sont représentés tous les acteurs du système de santé - y compris des représentants d'usagers et des acteurs de la prévention-promotion de la santé. Il garantit aussi que le PTS fixe des objectifs en cohérence avec les besoins de la population.

Cet amendement organise une dynamique autour de ce nouveau dispositif des projets territoriaux de santé en cas d'absence d'initiatives des acteurs.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Sur les amendements n°315 et 515, je précise que le CTS sera associé aux PTS dont il assurera l'évaluation : Avis défavorable.

Rien n'empêchera les établissements d'associer leur CME à l'élaboration du PTS. Avis défavorable à l'amendement n°236 rectifié *bis*.

Le rôle des établissements thermaux n'est pas au cœur des PTS qui doivent avant tout décloisonner l'hôpital et la ville. Avis défavorable à l'amendement n°353 rectifié.

Gardons de la souplesse pour les professionnels et laissons-les se saisir des dispositifs. Avis défavorable sur l'amendement n°503 rectifié.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Mêmes avis.

*L'amendement n°315 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°236 rectifié bis est retiré.*

*L'amendement n°515 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°353 rectifié est retiré, de même que l'amendement n°503 rectifié.*

**M. le président.** – Amendement n°546 rectifié, présenté par Mme Doineau et les membres du groupe Union Centriste.

Alinéa 8

Après le mot :

territoriales

insérer les mots :

et leurs groupements

**Mme Élisabeth Doineau.** – Cet amendement rédactionnel précise que les intercommunalités participent à l'élaboration et la mise en œuvre du projet territorial de santé. Souvent, ce sont les

collectivités territoriales qui lancent les projets, tels que les maisons de santé pluridisciplinaires.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Précision utile : avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis favorable.

*L'amendement n°546 rectifié est adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°697, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de la permanence et de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il présente les propositions relatives à l'accès aux soins des personnes en situations de précarité confrontées à des inégalités de santé. Il décrit les modalités d'amélioration de la continuité des soins, en lien avec l'ensemble des parties prenantes et des professionnels de santé concernés sur le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins. Il prend en compte l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes à mobilité réduite. »

**Mme Sabine Van Heghe.** – Les ONG et le Défenseur des droits dénoncent des cas de refus de soins, notamment aux migrants. Les PTS doivent prendre en compte la question de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ou de précarité, comme le souhaitait l'Assemblée nationale.

Notre amendement reprend également les ajouts apportés par notre rapporteur.

**M. le président.** – Amendement n°587 rectifié, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger et M. Lévrier.

Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage aux soins de proximité, aux soins non-programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il présente les propositions relatives à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité confrontées à des inégalités de santé. Il décrit les modalités d'amélioration de la permanence et de la continuité des soins, en lien avec l'ensemble des parties prenantes et des professionnels de santé concernés sur le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins. Il prend

en compte l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes à mobilité réduite. »

**M. Michel Amiel.** – La permanence des soins est une préoccupation majeure. Les soins non programmés peuvent être à l'origine d'une désorganisation du cabinet médical mais également d'un engorgement des urgences. Le PTS doit organiser l'accès à ces soins en tenant compte des spécificités de chaque territoire et inclure la politique de dépistage.

**M. le président.** – Amendement n°524 rectifié, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mmes Grelet-Certenais, Perol-Dumont et Artigalas.

Alinéa 10, première phrase

Après le mot :

modalités

insérer les mots :

d'organisation et

et après les mots :

accès aux soins,

insérer les mots :

de la permanence et

**M. Patrice Joly.** – La permanence des soins ambulatoires consiste à maintenir l'offre de soins de premier recours aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux, centres et maisons de santé. Or son organisation est peu lisible si bien que de nombreuses familles se rendent dans les services d'urgence au risque de les engorger.

La référence à la seule amélioration de la continuité des soins ne suffit pas. Le projet territorial de santé doit définir l'organisation de la permanence des soins et expliciter clairement les engagements des acteurs.

**M. le président.** – Amendement n°490 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattedled, Bonne et Vogel, Mmes Deromedi et Noël et MM. Bouloux, Nougain, Mandelli, Laménie et Bonhomme.

Alinéa 10, première phrase

Après les mots :

l'accès aux soins,

insérer les mots :

de la permanence et

**M. Daniel Chasseing.** – La permanence des soins est une des préoccupations majeures de la population sur les territoires. Il est indispensable que le PTS fixe les modalités d'amélioration de cette permanence avec les CPTS, l'hôpital et les élus.

**M. le président.** – Amendement n°209 rectifié *ter*, présenté par Mme Berthet, MM. Bascher, Meurant, Mouiller et Sol, Mme Puissat, M. Pellevat, Mme Noël, M. Mandelli, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, M. B. Fournier, Mmes Bruguière et Bonfanti-Dossat, MM. J.M. Boyer, Duplomb et Bonhomme, Mmes Deroche et Lamure et MM. Laménie, Sido et Gremillet.

Alinéa 10, première phrase

1° Après le mot :

prévention

insérer les mots :

, au dépistage

2° Après le mot :

proximité

insérer les mots :

, aux soins non programmés

**Mme Martine Berthet.** – Le projet territorial de santé, élaboré par les CPTS, devra décrire les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé.

La politique de dépistage doit également figurer dans le projet territorial de santé afin de renforcer son efficacité. À titre d'exemple, le dépistage contre le cancer colorectal en France reste bien en deçà des objectifs européens.

**M. le président.** – Amendement identique n°590, 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.

**M. Michel Amiel.** – Défendu.

**M. le président.** – Amendement n°376 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli et Collin, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

Alinéa 10, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, ainsi que les modalités de développement de la formation et de la recherche en soins primaires

**Mme Véronique Guillotin.** – L'objectif est d'inscrire dans le projet territorial de santé l'ambition de renforcer l'attractivité et l'accessibilité des CPTS, notamment *via* les stages proposés aux étudiants.

*L'amendement n°456 rectifié n'est pas défendu.*

**M. le président.** – Amendement n°599, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger,

MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 10

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Il prend en compte l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, des personnes à mobilité réduite et des personnes en situation de précarité.

**M. Michel Amiel.** – L'accès aux soins des personnes en situation de handicap, de mobilité réduite et de précarité doit être pris en compte dans les PTS.

**M. le président.** – Amendement n°714 rectifié, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 10

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Il prend en compte les déclinaisons locales des plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants.

**M. Roland Courteau.** – Les violences faites aux femmes et aux enfants doivent figurer dans le projet territorial de santé. Leur éradication passera par l'implication de l'ensemble de la société.

Ces violences provoquent des troubles psychotraumatiques graves et durables, qui persistent parfois la vie entière. Sans suivi médical, pas de reconstruction possible, comme le dit si justement Laurence Rossignol.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission des affaires sociales a recentré le PTS sur la continuité des soins et la coordination des parcours entre la ville, l'hôpital et le médico-social pour en faire un outil souple, adaptable aux spécificités de chaque territoire.

La permanence des soins dispose d'un cadre d'organisation et de planification qui a valeur opposable, à la différence du PTS. Avis défavorable aux amendements n°697 et 587 rectifié, 524 et 490 rectifié. En outre, ils seront satisfaits par les amendements n°209 rectifié *ter* et 590, auxquels la commission a donné un avis favorable, car ils mentionnent explicitement l'accès aux soins non programmés et le dépistage, ce qui ne mange pas de pain.

Quant aux amendements n°376 rectifié, 599 et 714 rectifié, avis défavorable en cohérence avec le recentrage des PTS. Sans nier l'importance des enjeux soulevés, à en citer quelques-uns, nous risquerions d'en oublier d'autres.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Mêmes avis.

**M. Bernard Jomier.** – Effectivement, la permanence des soins a un cadre réglementaire mais

son déploiement en ambulatoire est encore inachevé dans de nombreux territoires. L'implication des ARS n'est parfois pas suffisante pour coordonner ville et hôpital.

La profession de médecin évolue : les jeunes médecins ne veulent plus effectuer les mêmes horaires. Actuellement, la permanence des soins commence à 20 h. Le président de la République, lorsqu'il a présenté « Ma santé 2022 » a évoqué 21 h alors qu'il serait plus logique qu'elle soit fixée à 19 h, comme le demandent les associations de professionnels. Au-delà de l'enjeu financier de la borne horaire, la question est : à partir de quelle heure, estime-t-on qu'un médecin rend, au-delà de son travail, un service supplémentaire à la société ? Je n'ai pas pu déposer d'amendement sur ce sujet car il est réglementaire mais je tenais à l'évoquer.

**M. Michel Amiel.** – L'articulation entre ville et hôpital est centrale. On a bêtement supprimé, dans le code de déontologie, l'obligation pour les praticiens hospitaliers de participer à la permanence des soins il y a quelques années, avec les conséquences que l'on connaît. J'ai souhaité attirer l'attention sur ce problème sans alimenter les polémiques entre urgentistes et médecins de ville.

**Mme Véronique Guillotin.** – Je retire mon amendement. Il est important de laisser de la souplesse aux PTS.

*L'amendement n°376 rectifié est retiré.*

*L'amendement n°697 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°587 rectifié, 524 rectifié et 490 rectifié.*

*Les amendements identiques n°209 rectifié ter et 590 sont adoptés.*

*L'amendement n°599 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°714 rectifié.*

**M. le président.** – Amendement n°229, présenté par MM. Houllegatte, Bérít-Débat et J. Bigot, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Jacquin et Madrelle et Mmes Préville et Tocqueville.

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le projet territorial de santé comporte un volet relatif à l'organisation du territoire en termes de formation.

**M. Claude Bérít-Débat.** – Cet amendement se justifie par son texte même. Je me fais peu d'illusion sur le sort qui lui sera réservé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Vous avez raison ! L'avis est défavorable. (*Sourires*)

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – *Idem.*

*L'amendement n°229 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°306, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Ce projet doit inclure des mesures pour l'accueil et le soutien à l'installation de nouveaux professionnels de santé.

**Mme Laurence Cohen.** – Défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Retrait, sinon avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°306 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°516, présenté par MM. Tissot et Antiste, Mme Artigalas, MM. M. Bourquin et Duran, Mme Ghali, MM. P. Joly, Manable, Marie et Montaugé, Mmes Perol-Dumont et Taillé-Polian et MM. Tourenne, Vallini et Vaugrenard.

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie définis au 4° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

**M. Maurice Antiste.** – Comme le propose l'Uniojss, il s'agit d'articuler projets territoriaux de santé et schémas départementaux personnes âgées et personnes en situation de handicap.

**M. le président.** – Amendement n°227 rectifié, présenté par Mmes Delmont-Koropoulis et Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mmes Deromedi et Gruny et MM. Mandelli, Piednoir, Bouloux, Pointereau et Laménie.

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie définis au 4° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – Défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°307, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – Le PTS est un outil de mise en cohérence, il doit être étendu aux schémas départementaux personnes âgées et personnes en situation de handicap.

**M. le président.** – Amendement n°621 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly,

Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Monier et Blondin, MM. Mazuir et Marie et Mme Grelet-Certenais.

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie définis au 4° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles. » ;

**Mme Laurence Rossignol.** – Défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La précision est inutile. Le conseil territorial de santé, qui donnera un avis sur le PTS, veillera naturellement à sa bonne articulation avec les schémas départementaux. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°516 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°227 rectifié est retiré.*

*L'amendement n°307 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°621 rectifié.*

**M. le président.** – Amendement n°768 rectifié, présenté par M. Savin, Mme L. Darcos, MM. Brisson et Kern, Mme Eustache-Brinio, MM. Henno, Piednoir, Guerriau et Laugier, Mme Deromedi, MM. D. Laurent et Paccaud, Mme Duranton, M. Vaspart, Mmes Ramond, M. Mercier, Lassarade, Bruguière et Raimond-Pavero, MM. Sol, Dufaut et B. Fournier, Mme Noël, M. Moga, Mme Gruny, MM. Houpert et Bouloux, Mme Billon, M. Malhuret, Mme Vullien, MM. Decool et de Nicolaÿ, Mme Férat, M. Chasseing, Mme Gatel, M. Karoutchi, Mme Lamure, MM. Bonhomme, Laménie, Mandelli, Sido et Bouchet, Mme de la Provôté et MM. Gremillet, Darnaud et Genest.

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le projet territorial de santé comprend un volet relatif à la pratique d'activités physiques adaptées dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée mentionnée à l'article L. 1172-1. Il organise la coordination des intervenants et la cohérence dans le parcours de soins.

**M. Michel Savin.** – Défendu.

*L'amendement n°768 rectifié, rejeté par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°388, présenté par MM. Lozach, P. Joly et Delcros.

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

L'agence régionale de santé porte et accompagne le déploiement, à l'échelle du territoire, du projet de santé approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

**M. Jean-Jacques Lozach.** – Les agences régionales de santé ont pour rôle de faciliter les initiatives locales mais cela n'est pas prévu explicitement. Cet amendement vise à renforcer leur mission d'accompagnement et de porteur de projet au service des territoires. Les relations entre ARS et collectivités territoriales s'en trouveront renforcées.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – J'approuve l'idée mais l'amendement va plus loin puisqu'il fait de l'ARS non un facilitateur, mais un véritable porteur de projet. Retrait, sinon avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°388 n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°170 rectifié ter, présenté par Mmes M. Filleul et Lepage, MM. Lurel, Manable, Antiste, Mazuir et Marie, Mme Tocqueville, MM. Montaugé, Duran et Tissot, Mme Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, MM. Tourenne, Leconte et Temal et Mmes Monier et Grelet-Certenais.

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

En l'absence d'initiative des professionnels dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi n° relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé saisit les conseils territoriaux de santé pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé.

**Mme Martine Filleul.** – Les PTS sont laissés à l'initiative des acteurs de terrain. On peut hélas craindre, notamment dans les zones sous-denses, l'absence d'initiative. Ce serait un préjudice supplémentaire pour des territoires déjà fragilisés. En cas de carence, le directeur général de l'agence régionale de santé doit pouvoir saisir le conseil territorial de santé pour élaborer un PTS.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Laissons les acteurs se saisir de cet outil des PTS comme nous l'avons fait, en 2016, pour les CPTS sous un autre ministre de la Santé. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Également.

*L'amendement n°170 rectifié ter n'est pas adopté.*

**M. le président.** – Amendement n°517, présenté par MM. Tissot et Antiste, Mme Artigalas, MM. M. Bourquin et Duran, Mme Ghali, MM. P. Joly, Manable, Marie et Montaugé, Mme Taillé-Polian et MM. Tourenne, Vallini et Vaugrenard.

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le projet territorial de santé a pour durée celle du diagnostic territorial partagé auquel il est rattaché.

**M. Maurice Antiste.** – Cet amendement, dont France Assos Santé est à l'origine, borne le PTS dans la durée. C'est nécessaire pour mettre en mode « projet » tous les acteurs qui y participent.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La loi ne fixe pas la durée du diagnostic territorial. Un alignement des durées semble compromis. Retrait ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°517 est retiré.*

**M. le président.** – Amendement n°272, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

I. – Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

et les résultats des évaluations sont présentés à la conférence régionale de santé

II. – Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans chaque région, le directeur général de l'agence régionale de santé présente devant la conférence régionale de santé, au moins une fois par an et en tant que de besoin, le bilan de la mise en œuvre du projet régional de santé au cours de l'année écoulée ainsi que ses orientations pour l'année à venir, notamment sur l'accès aux soins et l'évolution de l'offre en santé.

« Cette présentation donne lieu à débat. »

**Mme Laurence Cohen.** – Il faut prévoir une évaluation annuelle des PTS au niveau régional avec un débat. Bref, faire pour la santé ce qui se pratique pour les finances dans nos collectivités.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut déjà se saisir de l'évaluation et de la mise en œuvre des politiques de santé. Elle comprend en son sein des représentants des conseils territoriaux de santé qui pourront dresser le bilan des PTS. Vous avez satisfaction. Retrait ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

**Mme Laurence Cohen.** – Ce n'est qu'une possibilité, nous voulons en faire une obligation.

*L'amendement n°272 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°622 rectifié est retiré, de même que l'amendement n°623 rectifié.*

**M. le président.** – Amendement n°73 rectifié bis, présenté par Mmes Micouleau et Bonfanti-Dossat, MM. Brisson, Chatillon, Cuypers et Danesi, Mme Estrosi Sassone, MM. Gremillet, Guerriau et Laménie, Mme Lamure, M. Lefèvre, Mme Lherbier et MM. Meurant, Morisset, Perrin, Raison et Sido.

Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, après la référence : « L. 1411-12 », sont insérés les mots : « , de biologistes médicaux mentionnés à l'article L. 6213-1 ».

**Mme Brigitte Micouleau.** – Le fait pour les biologistes d'avoir la qualité de professionnels de santé ne suffit pas pour qu'ils puissent créer une CPTS. Leur reconnaître cette possibilité serait légitime car ils ont une grande expérience de la coopération avec les établissements de soins, les médecins et les infirmiers. En milieu rural, ils pourraient même constituer l'ossature des CPTS ; ils sont, en effet, habitués à fédérer des activités locales de taille moyenne.

**M. le président.** – Amendement identique n°161 rectifié bis, présenté par M. Dériot, Mme Imbert, M. Milon, Mme Puissat, M. Gilles, Mmes Deromedi et Lassarade, MM. Bonhomme, Revet, Savary, Mouiller, Mandelli et Poniowski, Mme Deseyne, MM. B. Fournier, Charon et Bouloux et Mme Deroche.

**M. Gérard Dériot.** – Il y a des médecins biologistes mais aussi des pharmaciens biologistes - c'est le cas dans 75 % des laboratoires de biologie médicale. La rédaction peut laisser subsister un flou sur leur capacité juridique à créer des CPTS.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les CPTS, lit-on dans la loi, regroupent notamment des acteurs « assurant des soins de premier ou de deuxième recours », ce qui couvre les biologistes. Ces amendements sont satisfaits. Retrait ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

**M. Gérard Dériot.** – En théorie, c'est clair mais on sait très bien comment cela se passe dans la pratique.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Le texte est très clair. Mieux vaut une rédaction large, plus inclusive.

*Les amendements n°73 rectifié bis et 161 rectifié bis sont retirés.*

## Modification de l'ordre du jour

**M. le président.** – Par lettre en date du 4 juin 2019, M. Jean-Claude Requier, président du groupe RDSE, a demandé le retrait de la proposition de loi relative à l'accès effectif des petites et moyennes entreprises à la commande publique, inscrite à l'ordre du jour de l'espace réservé à son groupe du jeudi 13 juin 2019.

*La séance est suspendue à 20 heures.*

PRÉSIDENTE DE MME CATHERINE TROENDLÉ,  
VICE-PRÉSIDENTE

*La séance reprend à 21 h 30.*



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

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

### Discussion des articles (Suite)

#### ARTICLE 7 (Suite)

**Mme la présidente.** – Amendement n°414 rectifié *bis*, présenté par M. Antiste, Mmes Jasmin et G. Jourda, M. Duran et Mme Artigalas.

Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, après les mots : « et sociaux », sont insérés les mots : « au premier rang desquels les centres et services mentionnés au 2°, 3°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » ;

**M. Maurice Antiste.** – Cet article met en valeur dans la constitution des CPTS les acteurs du domicile ou les structures ambulatoires intervenant dans le champ de l'enfance en situation de handicap.

Outre les deux catégories de structures qui permettent de lier les professionnels de santé libéraux avec des structures d'intervention précoce sont visés par cet amendement les services d'aide et d'accompagnement au domicile (SAAD), les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) pour personnes âgées et personnes en situation de handicap ainsi que les services nécessitant une orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) tels que les services d'éducation spéciale dans le champ de l'enfance, les services d'aide à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah).

Il est important de mieux faire coopérer les professionnels de santé du premier recours avec les structures de ville ou les services qui interviennent au domicile des personnes fragiles.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Votre amendement est satisfait par le code de la santé publique, qui donne une définition large de la CPTS qui peut réunir les professionnels de santé mais aussi des acteurs médicaux-sociaux et sociaux, concourant à la réalisation des objectifs du projet original de santé. Retrait ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°414 rectifié bis est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°387, présenté par MM. Lozach, Delcros et P. Joly.

Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle peut se doter d'un coordinateur auquel elle reconnaît un statut professionnel qui lui permette, conformément aux missions qui lui sont dévolues, de piloter et de coordonner l'action de la communauté professionnelle territoriale de santé avec celle d'autres acteurs du territoire. » ;

**M. Jean-Jacques Lozach.** – Cet amendement émane des personnels de santé : dans les CPTS comme dans les maisons de santé, les personnes chargées de la coordination n'ont pas de statut professionnel et leur emploi n'est pas sécurisé. En créant ce statut, la CPTS se dote d'une personne spécialisée pour coordonner tous les professionnels de santé du territoire.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La CPTS a comme vocation d'assurer la coordination entre divers intervenants. Comme l'a montré le bilan dressé par nos collègues Deroche, Guillotin et Daudigny, un seul coordinateur peut ne pas être suffisant. Ne figeons pas les choses. Actuellement, ces postes sont financés par le biais du FIR. Nous attendons le résultat de la négociation conventionnelle engagée par le directeur général de la CNAM pour pérenniser ces financements et sécuriser les missions des coordinateurs. Retrait ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°387 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°131 rectifié, présenté par M. Sol, Mmes Eustache-Brinio et Deroche, MM. Calvet, Guerriau, Brisson et Morisset, Mmes Bruguière, Gruny, Morhet-Richaud, Berthet, Deromedi et Bonfanti-Dossat, MM. Decool et Moga, Mme Kauffmann, MM. Lefèvre, Détraigne, Genet et Poniatowski, Mme Raimond-Pavero, M. Mouiller, Mmes Garriaud-Maylam et Chauvin, MM. Mandelli et Bonne, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Laménie, Meurant, Piednoir, Chasseing et Bouloux, Mme A.M. Bertrand, M. Charon et Mme Lamure.

Alinéa 15

Rétablir le aa dans la rédaction suivante :

aa) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle peut également comprendre un ou plusieurs établissements de santé qui lui sont associés. » ;

**M. Jean Sol.** – Cet amendement inscrit dans le code de la santé publique la possibilité pour les établissements de santé de participer aux CPTS.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°647 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli et

Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, M. Gabouty, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier et Vall.

**Mme Nathalie Delattre.** – Défendu.

**Mme la présidente.** – Amendement n°505 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville et Wattedled, Mmes Deromedi et Noël et MM. Bouloux, Nougéin, Mandelli, Laménie et Bonhomme.

Après l'alinéa 15

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les présidents des commissions médicales d'établissement pour les établissements de santé publics, et des conférences médicales d'établissements pour les établissements de santé privés, sont consultés et sont membres invités de ces communautés professionnelles territoriales de santé. » ;

**M. Daniel Chasseing.** – Défendu.

**M. Alain Milon,** *rapporteur.* – Rien n'empêche des CPTS de s'ouvrir à des établissements de santé ; certaines le font d'ailleurs déjà.

De plus, le PTS favorisera le dialogue entre CPTS. Les amendements n°131 rectifié et 647 rectifié *bis* sont satisfaits. L'amendement n°505 rectifié *bis* viendrait figer une organisation plus lourde alors que l'outil doit garder de la souplesse. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn,** *ministre.* – Même avis.

*Les amendements identiques n°131 rectifié et 647 rectifié bis sont retirés, de même que l'amendement n°505 rectifié bis.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°800, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 16

Supprimer cet alinéa.

**M. Alain Milon,** *rapporteur.* – C'est un amendement de coordination.

**Mme Agnès Buzyn,** *ministre.* – Avis favorable.

*L'amendement n°800 est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°194 rectifié, présenté par Mmes Delmont-Koropoulis, Deromedi et Gruny et MM. Mandelli, Piednoir et Laménie.

Alinéa 17

Supprimer cet alinéa.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – Il n'est pas acceptable que les professionnels de santé et médico-sociaux ne soient pas libres de déterminer le périmètre de leur communauté professionnelle territoriale ni que leur projet de santé soit soumis à approbation. Cela

relève d'une volonté d'hyper-administration peu cohérente avec d'autres dispositions du projet de loi.

Faisons confiance aux acteurs de terrain qui travaillent déjà ensemble. Cet amendement supprime donc une surcouche administrative.

**M. Alain Milon,** *rapporteur.* – L'Assemblée nationale a posé le principe du silence vaut acceptation, plutôt qu'une approbation formelle par les ARS. Cela nous a semblé suffisant. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn,** *ministre.* – La confiance retrouvée avec les acteurs de terrain est au cœur du projet de loi. Les CPTS doivent demeurer à leur main. J'ai approuvé l'amendement de l'Assemblée nationale évoqué par M. Milon, qui transformait la procédure de validation en approbation implicite sauf opposition de l'ARS. Mais il n'est pas souhaitable de supprimer totalement le droit de regard de l'ARS ; on a ainsi vu se constituer des CPTS purement catégoriels, constituées uniquement d'infirmières libérales, ou encore des CPTS ouverts sur le même bassin de vie et qui se retrouvent en compétition. Les ARS doivent pouvoir s'opposer à leur création. Avis défavorable.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** – Je retire mon amendement, mais l'ARS dit accompagner plutôt que superviser.

*L'amendement n°194 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°561, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 18

Rédiger ainsi cet alinéa :

c) Au dernier alinéa, après les mots : « initiative des professionnels, », sont insérés les mots : « sous un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » ;

**M. Michel Amiel.** – Je retire cet amendement, avec une explication. On peut se demander si les professionnels de santé auront le temps de monter des CPTS. Il serait regrettable de placer les CPTS sous la charge administrative de l'ARS.

*L'amendement n°561 est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°660 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme N. Delattre, M. Gabouty, Mme Jouve et MM. Requier et Vall.

Alinéa 20

Après les mots :

primaires,

insérer les mots :

des projets de santé des équipes de soins spécialisés,

**Mme Véronique Guillotin.** – Répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux est une responsabilité qui incombe à l'ensemble des acteurs sur le territoire, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés et CPTS.

Pour développer un parcours coordonné, il faut y inclure les équipes de soins spécialisés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La précision est utile. Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Sagesse.

*L'amendement n°660 rectifié bis est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°410 rectifié, présenté par Mme Jasmin, MM. Lurel et Antiste et Mmes Monier et Conconne.

Après l'alinéa 20

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 1434-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, les contrats territoriaux de santé peuvent porter sur les modes de financements des établissements concernés et sur la révision des coefficients géographiques. » ;

**Mme Victoire Jasmin.** – Dans le prolongement des préconisations du rapport du député Jean-Marc Aubert sur le financement du système de soins dans les départements d'outre-mer, cet amendement introduit de nouveaux modes de financements pour les GHT d'outre-mer, sur la base d'une contractualisation entre les différents partenaires de chaque territoire. Cela répondra aux difficultés financières des établissements d'outre-mer que l'État se contente de pallier.

Ainsi, les coefficients géographiques appliqués aux tarifs en outre-mer et les coûts des évacuations sanitaires sont souvent sous-estimés et doivent être révisés tant les calculs sont compliqués et peu adaptés aux enjeux des départements ultramarins.

Ces difficultés de mobilités et la mise aux normes de ces établissements impactent lourdement leurs trésoreries déjà fragiles.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement répond à des enjeux importants, comme la commission des affaires sociales l'a constaté à La Réunion en 2016 et en Guadeloupe en 2018. Retrait ou avis défavorable toutefois car ce n'est pas le rôle des contrats territoriaux de santé de prévoir les modalités de financement dérogatoires de l'hôpital dans les outre-mers. Ces contrats sont en effet conclus sur la base des projets des CPTS ou des futurs PTS.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Une réforme du financement du système de santé est en cours dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 » à la suite de la mission conduite par Jean-Marc Aubert, avec un regard spécifique sur le financement des établissements d'outre-mer. La concertation est en cours. Je préfère revoir le modèle économique des établissements de santé au niveau national plutôt que dans ce texte. Avis défavorable.

*L'amendement n°410 rectifié n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°98 rectifié, présenté par Mmes Estrosi Sassone, Eustache-Brinio et Chain-Larché, MM. Savary, Daubresse et Calvet, Mme Dumas, MM. Lefèvre, Dufaut, Chatillon, Danesi et Bazin, Mmes Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Panunzi, Savin et Revet, Mme L. Darcos, MM. Darnaud, Genest et Morisset, Mme Morhet-Richaud, MM. Longuet et Ginesta, Mme Malet, MM. Perrin, Raison, Poniatowski, Karoutchi, Meurant et Mouiller, Mme Chauvin, MM. B. Fournier, Mandelli, Pierre, Sido, de Nicolaÿ, Cuypers, de Legge et Rapin, Mme Di Folco, MM. Guené et Bouloux, Mme Lamure et MM. Bonne, Laménie, J.M. Boyer, Duplomb et Gremillet.

Après l'alinéa 23

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine une liste des délégations d'actes que les titulaires du diplôme d'État d'infirmier sont autorisés à pratiquer dans un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences.

**Mme Dominique Estrosi Sassone.** – La prise en charge et l'accueil dans les services d'urgence se sont considérablement dégradés ces dernières années au sein des établissements hospitaliers français comme le dénonce la Cour des comptes dans son dernier rapport annuel. Ces services se sont tristement illustrés par des faits divers ayant entraîné la mort de patients ainsi que par des dérapages budgétaires.

Notre amendement traduit une recommandation de la Cour des comptes afin de résoudre en partie un des problèmes majeurs : le temps d'attente pour la prise en charge.

En autorisant les titulaires du diplôme d'État d'infirmier à pratiquer certains gestes essentiels pour soigner, pour soulager, le médecin est déchargé de tâches et il peut ainsi se concentrer sur le diagnostic, sur la consultation et sur d'autres types d'actes plus lourds qui nécessitent son attention.

Le décret permettra de consulter en amont l'ensemble des Ordres concernés afin de déterminer une liste acceptée par l'ensemble des professionnels de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous partageons l'objectif, mais c'est déjà possible pour les infirmiers de pratique avancée ou dans le cadre des protocoles de

coopération dont nous souhaitons la montée en puissance. L'amendement est donc satisfait.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – On manque de temps médical aux urgences, où le nombre de passages a doublé en vingt ans. Les délégations de tâches existent déjà. Dans les services d'urgence, les infirmiers peuvent déjà prescrire certains actes de radiologie.

En outre, l'article 19 *ter* propose un cadre assoupli pour simplifier la procédure de conclusion des protocoles de coopération entre professionnels. Retrait ou avis défavorable.

*L'amendement n°98 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°241 rectifié *bis*, présenté par MM. A. Marc, Chasseing et Luche, Mme Mélot et MM. Lagourgue, Guerriau et Decool.

Alinéa 24

Supprimer cet alinéa.

**M. Daniel Chasseing.** – Les professionnels de santé et médico-sociaux doivent être libres de déterminer le périmètre de leur communauté professionnelle territoriale.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il y a en effet une ambiguïté que lève mon amendement n°801 qui suit. Retrait ?

**Mme la présidente.** – Amendement n°801, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 24

Remplacer le mot :

approuvé

par le mot :

validé

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défendu.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable à l'amendement n°241 rectifié *bis*, avis favorable à l'amendement n°801.

*L'amendement n°241 rectifié bis est retiré.*

*L'amendement n°801 est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°545 rectifié, présenté par Mme Doineau et les membres du groupe Union Centriste.

I. – Alinéa 28

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 1434-15. – Afin d'assurer une bonne coordination de l'action des collectivités territoriales et des agences régionales de santé, dans chaque département, les élus sont concertés sur l'organisation territoriale des soins au moins une fois par an par le

directeur général ou le directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé. Les élus peuvent demander à inscrire une question à l'ordre du jour. Ils peuvent, en outre, solliciter l'organisation d'une réunion spécifique lorsque les circonstances le justifient.

II. – Alinéa 30

Remplacer les mots :

présentation est réalisée

par les mots :

concertation des élus intervient

III. – Alinéa 31

Supprimer cet alinéa.

**Mme Élisabeth Doineau.** – Cet amendement prévoit que les élus seront consultés, au niveau départemental, sur l'organisation territoriale des soins, de façon à assurer la bonne coordination de l'action des collectivités territoriales et des ARS. Ils auront aussi la possibilité d'entendre le directeur général de l'ARS sur un point qu'ils souhaiteraient inscrire à l'ordre du jour.

La coordination entre les agences régionales de santé et les collectivités territoriales est déjà à l'œuvre au niveau régional, au sein des commissions de coordination des politiques publiques. Cet amendement prévoit un mécanisme complémentaire au niveau départemental.

**Mme la présidente.** – Amendement n°533 rectifié *ter*, présenté par MM. Chasseing, Bignon, Capus, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Lafoauly, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattebled, Bouloux, Moga, Gabouty, Bonhomme, Laménie et Mandelli, Mmes Deromedi et Noël et M. Gremillet.

Alinéa 28

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 1434-15. – Dans chaque département est organisé au moins deux fois par an et en tant que de besoin, à l'initiative du directeur général ou du directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé, un temps d'échanges avec les élus permettant notamment de débattre du projet régional de santé et de fixer des orientations pour les années à venir en particulier pour ce qui concerne l'accès aux soins et l'évolution de l'offre en santé.

**M. Daniel Chasseing.** – Défendu.

**Mme la présidente.** – Amendement n°541 rectifié *ter*, présenté par MM. Chasseing, Bignon, Capus, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Lafoauly, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattebled, Bouloux, Moga, Gabouty, Bonhomme, Laménie et Mandelli, Mmes Deromedi et Noël et M. Gremillet.

Alinéa 28

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 1434-15. – Dans chaque département est organisé au moins une fois par an, à l'initiative du directeur général ou du directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé, un temps d'échanges avec les élus permettant notamment de débattre du projet régional de santé et de fixer des orientations pour les années à venir en particulier pour ce qui concerne l'accès aux soins et l'évolution de l'offre en santé.

**M. Daniel Chasseing.** – Défendu.

**Mme la présidente.** – Amendement n°699, présenté par Mme M. Filleul et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Alinéa 28

Après les mots :

en tant que de besoin,

insérer les mots :

le bilan des données dont elle dispose relatives à l'état de santé de la population du territoire concerné et son évolution au cours de l'année écoulée, et

**Mme Martine Filleul.** – L'information sur l'état de santé d'une population et les nombreux facteurs qui le déterminent est indispensable à l'aide à la décision, à l'ingénierie et à la mise en place de politiques de santé publique.

Malheureusement, ces données ne sont pas toujours accessibles aux décideurs publics et élus, alors qu'elles permettraient de révéler certaines problématiques. C'est ainsi le cas dans certains territoires dépourvus d'Observatoire de santé, comme dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Il convient que l'ARS partage les données dont elle dispose en la matière et en fasse une présentation au moins annuelle aux élus du territoire concerné.

**Mme la présidente.** – Amendement n°386, présenté par MM. Lozach, Delcros et P. Joly.

I. – Alinéa 29

1° Première phrase

a) Après le mot :

sont

insérer les mots :

les parlementaires du département,

b) Après le mot :

cinq

insérer les mots :

représentants des

2° Deuxième et troisième phrases

Supprimer ces phrases.

II. – Après l'alinéa 29

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général ou le directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé peut convier les associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1.

III. – Alinéa 31

Remplacer le mot :

donne

par les mots :

peut donner

**M. Jean-Jacques Lozach.** – Des instances de concertation ont été mises en place pour consulter les acteurs du système de santé que sont les élus, les professionnels de santé et les usagers parmi lesquelles les conseils de surveillance des ARS, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les conseils territoriaux de santé, mais aucun dispositif n'est prévu pour permettre aux directeurs généraux des ARS de présenter leur politique locale de santé aux élus du territoire.

Dans la continuité de l'engagement pris par Mme la ministre de la Santé lors de la séance des questions au Gouvernement du 12 mars dernier, il est important que les ARS travaillent avec les élus locaux, mais aussi les professionnels de santé, les citoyens et les usagers.

Cet amendement prévoit la présentation régulière par le directeur général de l'ARS de la mise en œuvre de la politique de santé sur le territoire concerné, notamment en matière d'accès aux soins et d'évolution de l'offre de santé.

**Mme la présidente.** – Amendement n°339, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 29, première phrase

Après le mot :

sont

insérer les mots :

les parlementaires du département,

**Mme Laurence Cohen.** – La commission des affaires sociales a supprimé la présence des parlementaires du département lors de la présentation du bilan de la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) aux élus du territoire. Cette participation avait été introduite par l'Assemblée nationale. Certes, nous sommes des élus nationaux, mais nous sommes attachés à notre territoire. Pourquoi serions-nous exclus de cette présentation ?

Les PRS sont une mine d'informations sur la réalité sociale et sanitaire de nos départements. De plus, ils entérinent les politiques publiques locales en matière

de santé pour quatre ans, que ce soit en matière de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, de prévention, de vieillissement de la population, de santé environnementale, autant de sujets qui méritent que nous soyons présents lors de la présentation, qui donne lieu à un débat.

Ainsi, en Île-de-France, le PRS 2 qui a été adopté, il y a près d'un an, prévoyait de maintenir deux hôpitaux capables de réaliser des greffes hépatiques dans le Val-de-Marne. Malheureusement, le directeur de l'AP-HP a décidé de n'en garder qu'un. Il serait intéressant que les parlementaires du territoire puissent être présents lors du bilan, pour voir l'évolution en termes d'offre de santé sur ce département. C'est en étant au plus près des décisions, que l'on peut mieux défendre l'intérêt des patients et des professionnels. Telle est notre vision de la démocratie sanitaire.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les amendements n<sup>os</sup>545 rectifié, 533 rectifié *ter* et 541 rectifié *ter* sont proches, mais le premier est le mieux rédigé, car il prévoit une réunion de concertation alors que la rédaction de l'Assemblée nationale évoquait davantage celle d'une présentation par l'ARS. Avis favorable à l'amendement n<sup>o</sup>545 rectifié ; retrait ou avis défavorable aux deux autres qui sont néanmoins satisfaits.

L'amendement n<sup>o</sup>699 répond à une demande légitime, mais les données de santé publique sont déjà disponibles. Avis défavorable.

Même avis défavorable aux amendements n<sup>os</sup>386 et 339 pour les raisons déjà expliquées : pour remettre les parlementaires sur le sol, il faut leur donner des responsabilités...

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis favorable à l'amendement n<sup>o</sup>545 rectifié. Retrait ou avis défavorable aux amendements n<sup>os</sup>533 rectifié *ter* et 541 rectifié *ter*, ainsi qu'aux amendements n<sup>os</sup>699 et 386.

Avis favorable à l'amendement n<sup>o</sup>339.

**M. Bernard Jomier.** – Nous voterons l'amendement n<sup>o</sup>545 rectifié qui va dans le bon sens. L'amendement n<sup>o</sup>339 me paraît raisonnable : le groupe socialiste le votera.

*L'amendement n<sup>o</sup>545 rectifié est adopté.*

*Les amendements n<sup>os</sup>533 rectifié *ter*, 541 rectifié *ter*, 699 et 386 n'ont plus d'objet.*

*À l'issue d'une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n<sup>o</sup>339, mis aux voix par assis et debout, n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n<sup>o</sup>17 rectifié *bis*, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier et Guidez et M. Capo-Canellas.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – À la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , ou exerçant au sein d'une même communauté professionnelle territoriale de santé définie à l'article L. 1434-12 du même code, ».

**Mme Élisabeth Doineau.** – Face au manque de généralistes dans nos territoires, il est de plus en plus difficile pour nos concitoyens de trouver un médecin traitant. Les patients ayant un médecin traitant sont mieux soignés et mieux remboursés. Le code de la sécurité sociale permet aux médecins d'une même spécialité au sein d'un même cabinet médical ou d'un même centre de santé d'être conjointement désignés médecins traitants. Si les projets de regroupement de cabinets médicaux ou de centres de santé se développent, ces progrès ne sont pas assez rapides.

Cet amendement donne la possibilité aux médecins d'être désignés conjointement médecins traitants dès lors qu'ils participent à une même CPTS. Ce n'est pas un remède miracle, mais les 1 000 CPTS qui verront le jour d'ici à 2022 devraient multiplier les possibilités d'accéder à un médecin traitant.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le code de la sécurité sociale prévoit déjà la désignation conjointe de médecins traitants au sein d'un même cabinet. Cette possibilité pourrait être étendue au CPTS. Sagesse.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Dans le cas des maisons de santé, cette possibilité est logique. Elle l'est moins dans une CPTS qui peut couvrir jusqu'à 100 000 habitants. Avis défavorable.

**Mme Élisabeth Doineau.** – En l'absence de médecin traitant, un patient peut demander à la CPAM de lui en attribuer un : la population couverte est alors beaucoup plus importante que celle que vous mentionnez. Pourquoi pas au sein d'une CPTS qui est une communauté cohérente de santé ?

**M. Bernard Jomier.** – Cette possibilité nécessite un partage d'informations entre médecins traitants. C'est aisé dans un même lieu d'exercice, moins dans le périmètre large des CPTS. Les médecins porteraient alors une lourde responsabilité : on risquerait en somme de confier aux médecins traitants des responsabilités qu'ils ne seraient pas en mesure d'assurer. Je ne voterai pas cet amendement, mais nous y reviendrons certainement dans un prochain texte.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Madame Doineau, la CPAM doit aider le patient à trouver un médecin traitant et, à défaut, lui donner un numéro fictif qui lui permettra de se faire rembourser une consultation chez un spécialiste. Il ne s'agit pas d'un médecin traitant désigné d'office.

*L'amendement n<sup>o</sup>17 rectifié *bis* est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n<sup>o</sup>181 rectifié, présenté par MM. J. Bigot et Bérit-Débat,

Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllégatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévaille et Tocqueville, MM. Sueur, Montaugé, Vaugrenard, Todeschini, Marie et M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mme Artigalas, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Courteau et Temal et Mme Monier.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ces accords déterminent également les modalités selon lesquelles les professionnels de santé relevant des communautés professionnelles territoriales de santé s'organisent entre eux pour assurer un service de garde dans chaque bassin de vie. »

**M. Claude Bérít-Débat.** – Cet amendement reprend sensiblement un amendement que nous avons voté en commission de l'aménagement du territoire traitant de l'organisation des systèmes de garde pour les CPTS, dans le cadre des négociations conventionnelles avec l'assurance maladie. Mais nous avons introduit l'échelle des bassins de vie. Cette mesure garantit à tous nos concitoyens un accès au soin au plus proche de chez eux.

Il n'est en effet pas normal de ne pas disposer de médecin de garde proche de son domicile. Mon amendement répond à cette préoccupation.

Ce service de garde assurerait une permanence des soins jusqu'en fin de journée et éviterait l'engorgement des urgences.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a ouvert la voie à des négociations conventionnelles pour déterminer les modes de financement pérenne des CPTS et préciser leurs missions en accord avec les professionnels de santé concernés. Il n'est pas opportun de préciser ici le contenu d'un accord en cours de signature. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Les négociations viennent de se terminer entre les professions et l'assurance maladie. Nous espérons une signature en juin. À ce stade, la permanence des soins n'apparaît pas dans les missions socles des CPTS. Cela pourrait être le cas à l'avenir. Avis défavorable.

*L'amendement n°181 rectifié n'est pas adopté.*

**M. René-Paul Savary.** – Je me demande si je ne vais pas m'abstenir sur cette organisation territoriale. Je me mets à la place d'un jeune médecin souhaitant s'installer en milieu rural. S'il fait partie d'une ZRR, il demandera à l'ARS à quel GHT il doit se rattacher. Il lui reviendra ensuite de rejoindre une CPTS (*Sourires*) qui proposera un EPS. Il pourra également adhérer à une MSP... (*Rires et applaudissements*) s'il fait partie d'une CISA et organiser la PDSA de façon à ce que son PRS puisse être accepté par l'ARS régionale qui est à 300 kilomètres de lui... Mais s'il suit des

personnes âgées, il faudra que ces personnes s'inscrivent dans un CLIC, voire dans une MAIA ou aller en Ehpad... Cet article est une véritable incitation à l'installation en milieu rural pour les jeunes médecins. (*Applaudissements sur les bancs des groupes Les Républicains et UC et sur quelques bancs des groupes SOCR et RDSE*)

*L'article 7, modifié, est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**Mme la présidente.** – Amendement n°262 rectifié *bis*, présenté par Mmes Imbert et Deseyne, M. Mouiller, Mmes Gruny, L. Darcos et Morhet-Richaud, MM. Charon, Pointereau et Sol, Mmes Malet et Garriaud-Maylam, M. Morisset, Mmes Deromedi, Puissat, Deroche et Richer et MM. D. Laurent, Piednoir et Savary.

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 1434-13 de code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les équipes de soins primaires et les maisons de santé pluriprofessionnelles peuvent bénéficier dans les zones définies au 1° de l'article 1434-4, d'assistants territoriaux de médecine générale dont le statut est défini par la voie réglementaire. »

**Mme Corinne Imbert.** – Monsieur Savary aurait pu vous demander le schéma...

Cet amendement reprend le principe des assistants hospitaliers en allant au-delà du simple cadre hospitalier et en créant un statut d'assistant orienté vers l'activité libérale. Il s'agit ici de répondre au problème de la démographie médicale.

Ce nouveau dispositif orienté vers l'activité libérale serait proposé aux jeunes médecins thésés. Il viendrait en appui des professionnels de santé, quel que soit leur modèle de regroupement et produirait des effets à court terme en termes de professionnalisation et d'installation des médecins.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Un statut de médecin assistant est déjà prévu par le code de la santé publique. Ne complexifions pas plus les dispositifs dérogatoires à l'exercice de la médecine. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

**Mme Corinne Imbert.** – J'aime les choses simples : je retire donc mon amendement.

*L'amendement n°262 rectifié bis est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°47 rectifié *quinquies*, présenté par Mmes Guidez et Eustache-Brinio, MM. Decool et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Guerriau et Louault, Mme Garriaud-Maylam, MM. Détraigne et Morisset, Mmes L. Darcos et Kauffmann, MM. L. Hervé et Meurant, Mmes Billon et

Férat, MM. B. Fournier, Laménie, Cazabonne, Moga et Rapin et Mme de Cidrac.

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au quatrième alinéa de l'article L. 5125-3, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « un an » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 5125-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'ouverture d'une deuxième officine peut être autorisée par voie de transfert ou de regroupement lorsque le nombre d'habitants recensés dans la commune, dans la commune nouvelle ou dans les communes mentionnées à l'article L. 5125-6-1, est au moins égal à 5 000. »

**Mme Jocelyne Guidez.** – L'ouverture d'une première officine est autorisée lorsque le nombre d'habitants recensés est au moins égal à 2 500. Pour pouvoir en ouvrir une supplémentaire, l'autorisation est délivrée par tranche supplémentaire de 4 500 habitants.

Ce second critère est trop élevé et empêche ainsi, sur de nombreuses collectivités, l'installation d'une deuxième pharmacie alors que les besoins liés à la desserte en médicaments sont présents.

Dans plusieurs communes de l'Essonne, ce seuil empêche l'implantation d'une officine supplémentaire. De nombreux patients de communes voisines viennent dans ces dernières se fournir en médicaments. Une seule pharmacie est donc loin d'être suffisante.

C'est pourquoi, cet amendement propose d'établir un seuil raisonnable pour l'ouverture d'une deuxième officine : 2 500 habitants au lieu de 4 500. Toutefois, la tranche supplémentaire de 4 500 habitants pour l'ouverture d'une pharmacie de plus reste inchangée.

Par ailleurs, les conditions démographiques sont appréciées pour une durée au moins égale à deux ans. Là aussi, ce critère est trop contraignant, notamment lorsque l'évolution démographique est avérée ou prévisible. Cet amendement le réduit à un an.

**Mme la présidente.** – Amendement n°48 rectifié *quinquies*, présenté par Mmes Guidez et Eustache-Brinio, MM. Decool et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Guerriau et Louault, Mme Garriaud-Maylam, MM. Détraigne et Morisset, Mmes L. Darcos et Kauffmann, MM. L. Hervé et Meurant, Mmes Saint-Pé, Billon et Férat, MM. Lafon, B. Fournier, Laménie, Cazabonne et Rapin et Mme de Cidrac.

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 5125-4 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'ouverture d'une deuxième officine peut être autorisée par voie de transfert ou de regroupement lorsque le nombre d'habitants recensés dans la commune, dans la commune nouvelle ou dans les communes mentionnées à l'article L. 5125-6-1, est au moins égal à 5 000. »

**Mme Jocelyne Guidez.** – Il s'agit d'un amendement de repli.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le maillage officinal est excellent en France. Une ordonnance de janvier 2018 a déjà adapté les conditions d'installation des officines. Il ne serait pas opportun de modifier les équilibres actuels sans l'avis des professionnels. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable. Selon un récent rapport, 97 % de la population vit à moins de dix minutes en voiture d'une officine, et 99,5 % à moins de quinze minutes. Cela est satisfaisant.

**Mme Jocelyne Guidez.** – Un exemple : une commune de 4 400 comptait deux pharmacies. Aujourd'hui, elle est à plus de 5 000 habitants et l'on me dit qu'une deuxième pharmacie n'est pas nécessaire. C'est incompréhensible.

*Les amendements n°s 47 rectifié quinquies et 48 rectifié quinquies sont retirés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°49 rectifié *quinquies*, présenté par Mmes Guidez et Eustache-Brinio, MM. Decool et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Guerriau et Louault, Mme Garriaud-Maylam, MM. Détraigne et Morisset, Mmes L. Darcos et Kauffmann, M. L. Hervé, Mme Perrot, M. Meurant, Mmes Saint-Pé et Billon, M. Bonne, Mme Férat, MM. Lafon, Laménie, B. Fournier, Cazabonne et Moga et Mme A.M. Bertrand.

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5125-5-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette cessation définitive d'activité ne peut avoir lieu lorsqu'elle intervient à la suite d'une acquisition par un ou plusieurs pharmaciens d'un quartier ou d'une commune avoisinants, notamment lorsque l'évolution démographique de la population résidente du quartier ou de la commune concernés est avérée ou prévisible au regard des permis de construire délivrés pour des logements individuels ou collectifs. Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent alinéa. »

**Mme Jocelyne Guidez.** – Certains pharmaciens profitent de la vente d'une officine avoisinante et concurrente pour l'acquérir, dans le seul but de faire cesser son activité. Une telle pratique pose de sérieuses difficultés, en particulier quand les besoins d'approvisionnement et d'accès des populations ne sont plus satisfaits.



Dans l'Essonne, une commune a vu sa seconde pharmacie fermée après que les propriétaires de l'autre officine l'avaient rachetée. Malheureusement, la seule structure présente à ce jour n'est pas en capacité d'absorber l'affluence des clients, enrichie par la venue de résidents de communes périphériques. De plus, sa situation contraint les personnes à se reporter vers d'autres pharmacies, situées par exemple dans des centres commerciaux. Dans une deuxième commune, le maire a dû faire preuve d'un acharnement exemplaire, en se mobilisant pour que la justice donne raison à un couple disposant d'un projet de reprise pérenne et non à ceux qui, disposant d'un capital certes plus élevé, souhaitaient la fermer.

Face à de telles pratiques, les élus locaux demeurent désemparés. La situation des habitants est elle aussi fragilisée.

Ainsi, comment peut-on accepter l'acquisition d'une officine en vue d'une cessation définitive de son activité quand, dans le même temps, la population de la commune augmente, la présence de professionnels médicaux est assurée et qu'un projet de reprise existe ?

Le droit en vigueur ne permet pas de répondre à cette problématique. C'est pourquoi cet amendement tend à mieux encadrer juridiquement ces procédés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Votre amendement répond sans doute à des difficultés concrètes, mais ces dispositions ont-elles leur place dans la loi alors qu'une ordonnance vient d'intervenir ? Avis du Gouvernement.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Les officines en difficulté du fait d'une offre surabondante peuvent être aidées par les officines voisines contre leur fermeture. L'ARS est consultée pour avis. Il ne faut pas interdire ces dispositifs qui peuvent être utiles. Avis défavorable.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Avis défavorable, donc.

**Mme Jocelyne Guidez.** – Vous connaissez le problème que j'évoquais. Je maintiens mon amendement.

*L'amendement n°49 rectifié quinquies n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°118 rectifié, présenté par Mme Doineau et les membres du groupe Union Centriste.

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le sixième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils prennent en compte les moyens visant à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins que l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation s'engage le cas échéant à mettre en œuvre. »

**Mme Élisabeth Doineau.** – Les ressources hospitalières peuvent être un point d'appui pour l'accès aux soins.

Dans le Lot-et-Garonne, le déploiement de consultations avancées permet de renforcer l'offre spécialisée de proximité. La projection de ressources hospitalières dans des structures en ambulatoire, sur le modèle du centre médical de la Grande-Garonne à Angoulême permet de garantir grâce au statut de salarié hospitalier l'accès à des consultations médicales dans certains territoires dépourvus de ressources libérales. Ces actions permettent aux établissements de santé d'affirmer leur rôle de pivot dans l'organisation des soins sur le territoire. Mais les professionnels doivent y adhérer. Les actes tarifés suffisent rarement à couvrir l'ensemble des dépenses de fonctionnement et d'organisation. Les retours sur investissement sont difficilement chiffrables, mais ils sont réels.

Cet amendement valorise la responsabilité territoriale des établissements de santé par la prise en compte des moyens qu'ils s'engagent à mettre en œuvre pour renforcer l'accès aux soins dans leur CPOM.

La création d'un financement dédié à la responsabilité territoriale permettrait d'assurer l'équilibre financier de ces projets.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission des affaires sociales ne voit pas d'objection à cette précision. Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Cet amendement est satisfait : les contrats prennent en compte les actions de coopération engagées au titre de la réduction des inégalités territoriales de santé. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Élisabeth Doineau.** – C'est satisfait, mais pas remboursé ! Il faut porter une attention particulière aux établissements qui s'investissent pour apporter des réponses aux zones qui connaissent des difficultés d'accès aux soins.

*L'amendement n°118 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°666 rectifié bis, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Requier, Roux et Vall.

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le chapitre VII du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre VII

« Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

« Art. L. 6327-1. – Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et, le cas échéant, les structures qui les emploient, peuvent solliciter un appui à la coordination des parcours de santé qu'ils estiment complexes afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1.

« Art. L. 6327-2. – Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes :

« 1° Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de la coordination des soins au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et les autres professionnels concernés ;

2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée, à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;

3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 6327-1 du présent code.

« Art. L. 6327-3. – Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé.

Cette gouvernance s'assure du respect du principe d'une intervention subsidiaire du dispositif d'appui par rapport à celle des professionnels mentionnés à l'article L. 6327-4.

« Art. L. 6327-4. – Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'un ou plusieurs dispositifs d'appui.

« Art. L. 6327-5. – Les centres locaux d'information et de coordination mentionnés à l'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles peuvent intégrer le dispositif mentionné à l'article L. 6327-2 du présent code sur délibération en ce sens du conseil départemental.

« Art. L. 6327-6. – Pour les activités soumises à autorisation en application de l'article L. 6122-1, nécessitant une expertise particulière, des dispositifs spécifiques régionaux peuvent organiser un appui spécialisé aux professionnels de santé, établissements de santé, ainsi qu'aux agences régionales de santé.

« Art. L. 6327-7. – Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret. »

II – Les dispositifs d'appui existants en application des articles L. 6321-1, L. 6321-2, L. 6327-1 à L. 6327-3 du code de la santé publique et de l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles en vigueur antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente loi intègrent les dispositifs mentionnés aux articles L. 6327-2 à L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi dans un délai qui ne peut excéder trois ans suivant la date de la publication de la présente loi. Au terme de ce délai, les articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique et l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.

III. – Les organisations assurant les fonctions d'appui à la coordination prévus au V de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 en ce qu'ils concernent les expérimentations conduites dans le cadre de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de sécurité sociale pour 2013 intègrent les dispositifs unifiés mentionnés aux articles L. 6327-2 à L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi au plus tard à leur date d'expiration.

**Mme Véronique Guillotin.** – Plusieurs dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé se sont successivement développés ces dernières années pour faciliter l'accompagnement et la prise en charge des patients en situation complexe. Ils aident les professionnels à trouver des solutions concrètes pour éviter les ruptures de parcours et prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables. Pour autant, les territoires d'intervention de ces dispositifs au niveau local ne sont pas harmonisés.

Cet amendement unifie ces dispositifs d'appui à la coordination, afin de simplifier et d'améliorer leur efficacité, au bénéfice de la population et des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social et à définir les services rendus attendus à la population et aux professionnels.

Il contribuera donc à consolider la capacité des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social à répondre aux besoins de nos concitoyens.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je partage votre constat d'une dispersion des outils d'appui. Un guichet unique est souhaitable, ainsi qu'une meilleure coordination avec les CPTS. Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis favorable également. J'ai apprécié le trait d'humour de M. Savary. Mais le seul sigle qu'il ait cité, créé par le Gouvernement, est le PTS... Tous les autres existaient déjà ! Et pour un PTS créé, je supprime les MAIA et les PTA. (*Sourires*) Je vais donc dans votre sens.

*L'amendement n°666 rectifié bis est adopté et devient un article additionnel.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°51 rectifié *quater*, présenté par Mme Guidez, MM. Decool, Longeot et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat,

MM. Guerriau et Louault, Mme Garriaud-Maylam, MM. Détraigne et Morisset, Mme Kauffmann, M. L. Hervé, Mme Perrot, M. Meurant, Mmes Billon et Férat et MM. Lafon, B. Fournier, Laménie, Cazabonne, Moga et Rapin.

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6323-1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « ainsi que d'autres professionnels titulaires d'un diplôme d'État ou d'un diplôme universitaire dans le domaine de la santé » ;

b) Au dernier alinéa, après le mot : « charge », il est inséré le mot : « préventive, » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 6323-3, les mots : « ou pharmaciens » sont remplacés par les mots : « , pharmaciens ou autres professionnels titulaires d'un diplôme d'État ou d'un diplôme universitaire dans le domaine de la santé ».

**Mme Jocelyne Guidez.** – Ce projet de loi entend répondre à plusieurs défis, comme la meilleure structuration des soins dans les territoires ou la constitution d'un collectif de soins.

Pour cela la prévention doit s'appuyer sur des équipes pluridisciplinaires avec les acteurs de l'éducation thérapeutique et les professionnels de la relation d'aide.

Le travail des hypnothérapeutes s'inscrit parfaitement dans ce cadre. Ils agissent dans les troubles du sommeil, la lutte contre les addictions, la lutte contre la consommation excessive de sucre. Leur rôle préventif est primordial.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les psychologues peuvent déjà travailler en maison de santé. Pour ces professions sans diplôme, il convient d'être prudent. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La profession d'hypnothérapeute n'existe pas en tant que telle : l'hypnose est réservée aux praticiens médicaux. Avis défavorable.

**Mme Jocelyne Guidez.** – J'essaierai la prochaine fois d'avoir autant d'humour que M. Savary ! (*Sourires*)

*L'amendement n°51 rectifié quater est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°651 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme N. Delattre, M. Gabouty, Mme Jouve et MM. Requier et Vall.

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de l'adoption de la présente loi, une étude sur la gouvernance du système de santé. Cette étude porte notamment sur l'état actuel, ses atouts, ses limites, les avantages et inconvénients d'une unification potentielle de la gouvernance au niveau national, et l'évolution du rôle des agences régionales de santé et de leurs délégations territoriales au regard du périmètre des nouvelles régions.

**Mme Nathalie Delattre.** – Le morcellement de l'opacité du système de santé rend difficile une politique de santé cohérente. Il convient de faire un état des lieux de la gouvernance actuelle pour l'améliorer. C'est l'objet de cet amendement.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – En effet, la gouvernance est dominée par une logique de silos alors qu'il faut privilégier des coopérations. En revanche, je ne crois pas qu'il faille faire un rapport sur ce thème d'autant que de tels documents sont rarement suivis d'effets. Lors de l'examen de la loi Touraine, je m'étais opposé à une cinquantaine de demandes de rapports. C'est la première sur ce texte. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Retrait ou avis défavorable. Le décloisonnement des acteurs de la santé est l'objet même de ce texte.

La loi prévoit déjà un conseil national de pilotage que je préside, qui se réunit tous les quinze jours. Concernant le positionnement des ARS, ce texte prévoit des mesures pour une meilleure articulation avec les élus. Un nouveau rapport n'est pas nécessaire.

*L'amendement n°651 rectifié est retiré.*

*L'article 7 bis A est adopté.*

## ARTICLE 7 BIS

**Mme la présidente.** – Amendement n°50 rectifié sexies, présenté par Mmes Guidez et Eustache-Brinio, MM. Henno, Decool, Longeot et Guerriau, Mme Puissat, M. Louault, Mme Garriaud-Maylam, MM. Détraigne, Morisset et L. Hervé, Mme Perrot, M. Meurant, Mmes Saint-Pé, Billon et Férat, MM. Lafon, B. Fournier, Laménie, Cazabonne et Moga, Mmes A.M. Bertrand, Renaud-Garabedian et de Cidrac et M. Gremillet.

Après l'alinéa 3

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

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

« L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, d'autres médicaments dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. »

**Mme Jocelyne Guidez.** – Les infirmiers peuvent effectuer certaines vaccinations sans prescription médicale et renouveler, sous certaines conditions, les prescriptions datant de moins d'un an de médicaments contraceptifs oraux. Cet amendement a pour objectif d'élargir ce droit.

En leur permettant de renouveler les prescriptions, dans un cadre sécurisé, de médicaments dont la liste est fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Le patient pourra ainsi voir son ordonnance renouvelée, sans retourner voir son médecin, par le biais de son infirmier, par exemple dans le cadre de soins à domicile. Il s'agirait notamment de médicaments traitant des douleurs légères à moyennes, comme des antalgiques périphériques.

Une telle mesure réduirait l'impact de la désertification médicale sur les territoires ruraux, les coûts de transports pour les citoyens et générerait des économies pour l'assurance maladie en évitant une consultation du médecin.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les infirmiers peuvent renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux de moins d'un an. Étendre cette possibilité aux antalgiques est moins opportun, d'autant que l'article 7 *quater* donne la possibilité aux pharmaciens de le faire. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Les infirmiers ne sont pas autorisés à prescrire des médicaments, compte tenu des responsabilités, des incidences importantes que cela implique et au regard des compétences acquises au cours de leur formation. Nous partageons vos préoccupations, parce que nous avons absolument besoin de dégager du temps médical.

Les infirmiers sont des acteurs importants de premier recours. Nous élargissons leurs compétences. Ainsi, l'article 7 *bis* leur permet d'adapter certains traitements dans le cadre d'un exercice coordonné dès lors qu'ils figurent sur une liste validée par la HAS. En outre, le droit de prescription sera reconnu aux infirmiers de pratique avancée qui sortiront bientôt des écoles.

Ces mesures me semblent suffisantes. Avis défavorable.

*L'amendement n°50 rectifié sexies est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°100 rectifié, présenté par Mmes Estrosi Sassone, Eustache-Brinio et Chain-Larché, MM. Savary et Daubresse, Mme Dumas, MM. Charon, Lefèvre, Dufaut, Chatillon, Danesi et Bazin, Mmes Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Panunzi, Savin, Revet, Darnaud et Morisset, Mme Morhet-Richaud, MM. Longuet, Ginesta, Perrin, Raison, Genest, Poniatowski, Karoutchi, Meurant, B. Fournier, Mandelli, Pierre, Sido, de Nicolaÿ, de Legge, Guené et Bouloux, Mme Lamure, M. Laménie,

Mme de Cidrac et MM. J.M. Boyer, Duplomb, Gremillet et Segouin.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale » sont remplacés par les mots : « médicaments, des dispositifs médicaux, des produits et prestations que les infirmiers » ;

**Mme Dominique Estrosi Sassone.** – Cet amendement étend les compétences des infirmiers, afin de répondre aux besoins des patients, mais également aux nouveaux enjeux de santé publique, en leur permettant de prescrire certains médicaments.

Cette mesure de bon sens permettra un meilleur suivi des pathologies diagnostiquées par les médecins et une meilleure prise en charge de la douleur.

En amont de la publication de l'arrêté seront consultées toutes les sociétés savantes concernées afin de déterminer une liste acceptée par les professionnels de santé.

La Cour des comptes formule la même recommandation pour le cadre hospitalier : déléguer plus d'actes afin de répondre aux problématiques de démographie médicale.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°248, présenté par M. Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** – Deux points sont essentiels dans l'organisation des soins : les pharmaciens et les infirmiers. Les pharmacies continuent de mailler le territoire, en particulier en zones rurales ; les infirmiers sont au contact des patients grâce aux soins à domicile. Le cadre de l'exercice infirmier aujourd'hui n'est plus adapté aux pratiques. Certains actes sont conditionnés dans les textes à l'existence d'une prescription préalable d'un médecin mais sont, dans la réalité, réalisés sans prescription par l'infirmier, qui en informe le médecin.

D'où cet amendement qui élargit le champ d'activité, reprenant une recommandation de la Cour des comptes.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°412 rectifié *bis*, présenté par M. Antiste, Mmes Jasmin et G. Jourda, M. Duran et Mme Artigalas.

**M. Maurice Antiste.** – Cet amendement assouplit le cadre légal d'exercice des infirmiers. Ainsi, l'infirmier pourra par exemple prescrire les examens de contrôle du patient diabétique dont il assure le suivi. La dépose des dispositifs médicaux que les infirmiers prescrivent déjà serait également facilitée. Cette mesure sera source de simplification pour les professionnels autant que pour les patients, et source potentielle d'économies pour l'assurance maladie. Cette ouverture sera encadrée par arrêté.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'extension du pouvoir de prescription de l'infirmier est trop large et vague, d'autant que la profession connaît déjà des évolutions. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Retrait ou avis défavorable.

*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 100 rectifié, 248 et 412 rectifié bis ne sont pas adoptés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°277, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 4

Après le mot :

antiseptiques

insérer le mot :

antalgiques de palier 1

**Mme Laurence Cohen.** – L'article 7 *bis* autorise la prescription, par des infirmiers, de dispositifs médicaux en vente libre.

Cet amendement étend la possibilité de prescription par les infirmiers aux antalgiques de palier 1, comme le paracétamol, déjà en vente libre. Il serait ubuesque que l'on puisse en acheter en supermarché alors que des professionnels de santé ayant fait quatre ans d'études ne pourraient les prescrire ? De plus, leur prescription permet aussi d'avertir sur leurs dangers, et peut-être d'en réduire la consommation.

Cet élargissement correspond à la philosophie du texte et du plan « Ma Santé 2022 », notamment en fluidifiant le parcours des patients.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Médecin, je ne connaissais pas les médicaments de palier 1... Mon collègue pharmacien m'en a informé... (*M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales, sourit.*) Ces produits sont vendus sous la supervision du pharmacien qui peut avoir aussi un rôle de conseil. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

**Mme Laurence Cohen.** – Ces médicaments sont en vente libre !

**M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales.** – Sans ordonnance ! Ce n'est pas la même chose !

**Mme Laurence Cohen.** – Soit : sans ordonnance. Je remercie mes collègues pharmaciens de parfaire mes connaissances... (*Mme Corinne Imbert sourit.*) Néanmoins, les infirmiers pourraient, en les prescrivant, en encadrer l'usage. Je maintiens donc l'amendement.

*L'amendement n°277 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°433 rectifié *ter*, présenté par Mme Berthet, M. Bonne, Mme Imbert, M. B. Fournier, Mmes Delmont-Koropoulis et Lassarade, MM. Meurant, Savary et Pellevat, Mmes Puissat, Noël et Morhet-Richaud, M. Lefèvre, Mmes Gruny et Deromedi, MM. Brisson, Karoutchi, Revet, Sido, Bouloux et Bonhomme, Mmes Deroche et Lamure et M. Laménie.

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

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

« Sauf en cas d'indication contraire du médecin, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puériculteur ou puéricultrice peut prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Un arrêté des ministres chargés des solidarités et de la santé fixe la liste des dispositifs médicaux concernés »

**Mme Martine Berthet.** – Cet amendement ouvre la possibilité aux puériculteurs et puéricultrices de prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement.

La HAS a affirmé, dans son avis du 15 janvier 2019, qu'une extension de la prescription des tire-laits aux infirmières puéricultrices pourrait être envisagée dans la mesure où elles participent déjà à l'accompagnement à l'allaitement.

L'article R. 4311-13 du code de la santé publique indique que l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice dispense en priorité les actes de surveillance du régime alimentaire du nourrisson.

Le diplôme d'État de puéricultrice est délivré aux titulaires d'un diplôme d'infirmier ou de sage-femme qui ont validé une formation spécifique. Mais seules les sages-femmes ont l'autorisation de prescrire des tire-laits.

Il est justifié de donner cette possibilité aux puéricultrices.

**Mme la présidente.** – Amendement n°101 rectifié, présenté par Mmes Estrosi Sassone, Eustache-Brinio et Chain-Larché, MM. Savary et Daubresse, Mme Dumas, MM. Calvet, Charon, Lefèvre, Dufaut, Chatillon, Danesi et Bazin, Mmes Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Panunzi, Savin et Revet, Mme L. Darcos, MM. Darnaud et Morisset, Mme Morhet-Richaud, MM. Longuet, Babary et Ginesta, Mme Malet, MM. Perrin, Raison, Genest, Poniatowski, Karoutchi, Meurant, Mouiller et Bonne, Mme Chauvin, MM. B. Fournier, Mandelli, Pierre, Sido, de Nicolaÿ, de Legge et Rapin, Mme Di Folco, MM. Guéné, Bouloux et Laménie, Mme de Cidrac et MM. J.M. Boyer, Duplomb, Gremillet et Segouin.

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

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

« Sauf en cas d'indication contraire du médecin, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice peut prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Un arrêté des ministres chargés

de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux concernés. »

**Mme Dominique Estrosi Sassone.** – La pratique de l’allaitement diminue, alors que l’OMS le recommande de manière exclusive jusqu’à six mois.

Cet amendement incite au développement de cette pratique, dont les bienfaits pour la santé de l’enfant comme pour celle de la mère sont avérés.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°308 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

**Mme Michelle Gréaume.** – La Commission nationale d’évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé de la Haute Autorité de santé a indiqué, dans son avis du 15 janvier 2019, qu’une extension de la prescription des tire-laits aux infirmières puéricultrices pourrait être envisagée, dans la mesure où elles participent déjà à l’accompagnement à l’allaitement.

Le diplôme d’État de puéricultrice est délivré aux titulaires d’un diplôme d’infirmier ou de sage-femme qui ont validé une formation spécifique. Aujourd’hui, parmi eux, seules les sages-femmes ont l’autorisation de prescrire des tire-laits.

Cet amendement propose donc d’inscrire la possibilité de prescription dans le code de la santé publique aux infirmières puéricultrices.

Il est logique que les infirmières puéricultrices puissent prescrire des dispositifs de soutien à l’allaitement. À l’Assemblée nationale, vous avez indiqué, madame la ministre, qu’il n’y avait qu’une centaine d’infirmières puéricultrices en France. Ce n’est pas un argument suffisant.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – N’énumérons pas de telles prescriptions dans la loi. Nous souhaiterions néanmoins obtenir des précisions de la ministre. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable. Certes, il faut renforcer l’accompagnement des mères et des jeunes enfants. Mais le droit de prescription est loin d’en être l’unique vecteur. Nous proposons une feuille de route pour les mille premiers jours de l’enfant, fondée sur deux rapports parlementaires relatifs aux missions des PMI et au parcours de santé des 0 à 6 ans.

Dans l’attente de l’aboutissement de ces travaux, qui devront impliquer l’ensemble des professionnels concernés et qui ont pour objectif de faire bénéficier plus largement les compétences des infirmières puéricultrices à la prise en charge de l’enfant dès les premières années de la vie, n’inscrivons pas un acte unique dans la loi : tout cela doit être travaillé en amont.

**M. Bernard Jomier.** – Beaucoup d’amendements tentent de répondre à l’évolution des compétences de

certaines professions qui restent insuffisamment valorisées. J’en partage la philosophie : le partage des tâches entre professions de santé est essentiel. Mais il ne faut pas que cela conduise à tirer à soi le bénéfice de telle ou telle compétence.

Il faut que les professions elles-mêmes, notamment les sages-femmes, participent à la définition de ces compétences. Laissons faire la concertation. Nous interviendrons ensuite au besoin. Je ne voterai pas ces amendements.

*L’amendement n°433 rectifié ter n’est pas adopté non plus que les amendements identiques n°101 rectifié et 308 rectifié.*

*L’article 7 bis est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**Mme la présidente.** – Amendement n°176, présenté par M. Karoutchi, Mme Bories, MM. Brisson, Calvet, Chaize, Charon, Chatillon, Cuypers, Dallier, Danesi, Darnaud, Daubresse et de Legge, Mmes Deromedi, Duranton, Eustache-Brinio, Garriaud-Maylam et Gruny, MM. Kennel et Laménie, Mme Lavarde, M. Lefèvre, Mme M. Mercier, MM. Pierre, Revet, Sido, Vaspert et Vogel, Mme Ramond, M. Duplomb et Mme Dumas.

Après l’article 7 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L’article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au huitième alinéa, les mots : « , dont les actes médicaux prescrits par un médecin, » sont supprimés ;

2° Les deux derniers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Un compte-rendu des actes accomplis par le masseur-kinésithérapeute est adressé mensuellement au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé. Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire les substituts nicotiques, les dispositifs médicaux et les actes d’imagerie médicale nécessaires à l’exercice de leur profession. La liste de ces dispositifs médicaux et de ces actes d’imagerie médicale est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l’Académie nationale de médecine. »

**M. Michel Vaspert.** – Cet amendement permet la consultation d’un masseur-kinésithérapeute en première intention sans prescription médicale. Ce dernier pourra, après cette première consultation, soit prendre en charge le patient, soit le réorienter vers son médecin traitant.

Le corollaire de cet accès direct est double : une obligation de compte rendu mensuel du masseur-kinésithérapeute au médecin traitant afin de permettre un contrôle efficace et un droit à la prescription d’actes d’imagerie médicale pour le masseur-kinésithérapeute.

Les bénéficiaires d'un tel dispositif seront multiples : rapidité d'accès aux soins et de traitement ; diminution de la prise d'antalgiques ; diminution du nombre d'examen complémentaires.

**Mme la présidente.** – Amendement n°60 rectifié bis, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie et Poniatowski.

Après l'article 7 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du neuvième alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Le masseur-kinésithérapeute pratique son art notamment sur prescription médicale. Il peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie dans des conditions définies par décret. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est supprimée ;

b) La deuxième phrase est ainsi rédigée : « Un compte-rendu des soins ayant été réalisés par le masseur-kinésithérapeute, adressé au médecin traitant, est reporté dans le dossier médical partagé. »

**M. Daniel Laurent.** – Défendu.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°432, présenté par MM. Capus, Malhuret, Guerriau et Decool, Mme Mélot et MM. Lagourgue et Fouché.

**M. Jean-Pierre Decool.** – Défendu.

**M. le président.** – Amendement identique n°606 rectifié, présenté par MM. de Legge, Paul, Lefèvre et Danesi, Mme Lassarade, MM. de Nicolaï, Courtial, Revet et Bizet, Mme Morhet-Richaud, MM. Raison et Perrin, Mme Lopez et M. Daubresse.

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** – Défendu.

**Mme la présidente.** – Amendement n°61 rectifié bis, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et M. Laménie.

Après l'article 7 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Aux deuxième et dernière phrases du neuvième alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, les mots : « dispositifs médicaux » sont remplacés par les mots : « produits de santé ».

**M. Daniel Laurent.** – Défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ces amendements ont le même objet d'extension des compétences des masseurs-kinésithérapeutes. Le médecin traitant doit rester le pivot du parcours de soins. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°176 est retiré ainsi que les amendements identiques n°60 rectifié bis, 432 et 606 rectifié.*

*L'amendement n°61 rectifié bis est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°68 rectifié quater, présenté par Mme Micouveau, MM. Babary et Bascher, Mmes A.M. Bertrand et Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mme Canayer, MM. Chatillon, Cuypers et Danesi, Mmes Delmont-Koropoulis et Estrosi Sassone, MM. Gremillet, Guerriau, Houpert et Laménie, Mme Lamure, M. Lefèvre, Mme Lherbier et MM. Mandelli, Meurant, Morisset, Poniatowski, Rapin et Sido.

Après l'article 7 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le septième alinéa de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est complété par une phrase ainsi rédigée : « Tout praticien ainsi inscrit qui n'a pas lui-même la qualité de médecin peut, quel que soit le lieu de sa résidence professionnelle, prodiguer les actes prévus au précédent alinéa dans une ou plusieurs zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sauf opposition expresse du conseil départemental de l'ordre des médecins de la zone concernée formée dans les deux mois suivant sa saisine par le praticien. »

**Mme Brigitte Micouveau.** – Cet amendement a pour objet de sécuriser les interventions des ostéopathes dans les zones sous-denses lorsqu'ils n'y ont pas leur résidence professionnelle, en liaison avec l'Ordre des médecins, faute de structure *ad hoc* pour les ostéopathes.

La solution proposée n'est pas des plus orthodoxes, puisqu'elle revient à demander au conseil de l'Ordre des médecins de se prononcer sur la demande d'un non-médecin, mais, en l'état actuel du droit, aucune solution orthodoxe ne permet de sécuriser les initiatives des ostéopathes. Seule la création d'un conseil de l'Ordre des ostéopathes permettrait de remédier à cet angle mort de notre législation.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cela apporterait une souplesse mais une telle régulation ne peut reposer sur l'Ordre des médecins. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°68 rectifié quater n'est pas adopté.*

**Mme Christine Bonfanti-Dossat.** – Je soutiens l'article 7 *ter* A et regrette l'amendement du Gouvernement. Nous déplorons tous les déserts médicaux. Avec la disparition des médecins de famille,

seuls restent les infirmiers. Ces 116 000 infirmiers qui consacrent 90 % de leur temps aux soins à domicile, traitent 700 000 patients.

Madame la ministre, vous dites que la création d'un référent en infirmier de famille est source de confusion. Or les infirmiers n'ont pas attendu ce statut pour endosser ce rôle. Le lien de confiance avec le patient rend cette profession particulièrement humaine.

**M. Bernard Jomier.** – Je soutiens aussi l'initiative de M. Daudigny qui a été à l'origine de l'introduction de cet article en commission ; les infirmiers doivent voir leurs missions évoluer. Beaucoup de pays leur accordent une place de choix. Pourquoi un infirmier référent remettrait-il en cause la CPTS ou détournerait-il le patient du médecin traitant ? Le triptyque pharmacien-médecin-infirmier est essentiel.

### ARTICLE 7 TER A

**Mme la présidente.** – Amendement n°485, présenté par le Gouvernement.

Supprimer cet article.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Nous partageons le même souhait de voir renforcé le rôle des infirmiers mais il faut rester lisible. Ne confondons pas pour autant un projet de santé et un protocole de prise en charge d'un patient. Mon amendement propose la suppression de cet article.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La création d'un infirmier référent n'est pas antinomique avec les autres dispositifs comme l'équipe de soins primaires. De plus, cela reste une faculté et non un mode général d'organisation. Avis défavorable.

*L'amendement n°485 n'est pas adopté.*

*L'article 7 ter A est adopté.*

### ARTICLE ADDITIONNEL

**Mme la présidente.** – Amendement n°598, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Après l'article 7 ter A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la section 5 du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, est insérée une section ainsi rédigée :

« Section ...

« Dispositions diverses

« Art. L. 4312-.... – Les infirmiers exerçant en commun leur activité et percevant, à ce titre, une rémunération forfaitaire par patient ne sont pas soumis à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du présent code.

« Ces professionnels ne sont pas réputés pratiquer le compéage au sens du présent code du seul fait de l'exercice en commun de leur activité et du partage d'honoraires réalisé dans ce cadre compte tenu de la perception d'une rémunération forfaitaire par patient. »

**M. Michel Amiel.** – L'infirmier est habituellement payé au forfait. En cas d'exercice commun, il faut éviter que la rétrocession d'honoraires opérée entre infirmiers relève systématiquement de la qualification de « compéage » et de l'interdiction du partage d'honoraires. Elle n'a toutefois pas pour objet de faire échapper les infirmiers aux dispositions déontologiques qui leur sont applicables. Notre rédaction s'inspire très largement des dispositions introduites à l'article L.4043-1 du code de la santé publique concernant l'exercice en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

**M. Alain Milon, rapporteur.** – C'est une rationalisation bienvenue. Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis favorable.

*L'amendement n°598 est adopté.*

*L'article 7 ter est adopté.*

### ARTICLE 7 QUATER

**Mme la présidente.** – Amendement n°802, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 6

Remplacer cet alinéa par quatre alinéas ainsi rédigés :

I bis.- L'article L. 5521-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au second alinéa, la référence : « L. 5125-1 » est remplacée par la référence : « L. 5125-1-1 » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les articles L. 5125-1 et L. 5125-1-1 A sont applicables dans le territoire de Wallis et Futuna dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. »

*L'amendement rédactionnel n°802, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

*L'article 7 quater, modifié, est adopté.*

*L'article 7 quinques A est adopté.*

### ARTICLE 7 QUINQUES

**Mme la présidente.** – Amendement n°803, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 3

Remplacer la référence :

L. 6323-1-10



par la référence :

L. 6323-1

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement corrige une erreur de renvoi.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis favorable.

*L'amendement n°803 est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°457 rectifié, présenté par M. Canevet, Mmes Billon et Férat et MM. Jeansannetas et Moga.

I. – Alinéa 3

Après la référence :

L. 6323-3,

insérer les mots :

pour une durée de trois ans, à titre expérimental, et dans deux régions déterminées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale,

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

... – Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement et, au terme de l'expérimentation, remis au Parlement.

**M. Michel Canevet.** – Favorable à la coopération entre médecins et pharmaciens, la dispensation sous protocole peut améliorer l'accès aux soins dans les zones en tension. Les médecins, les pharmaciens et les autres professionnels de santé sur un même territoire doivent pouvoir coopérer facilement, sans passer par des voies dérogatoires afin de faciliter l'accès aux soins des patients.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il serait dommage de limiter la portée de ce dispositif. Laissons les professionnels se saisir de cette possibilité. Retrait ou avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°457 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°393 rectifié *bis*, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier et Guidez et M. Capo-Canellas.

Alinéa 3

1° Après le mot :

délivrer

insérer les mots :

pour certaines pathologies

2° Supprimer les mots :

et sur la base de protocoles définis par celle-ci

**Mme Élisabeth Doineau.** – L'article 7 *quinquies* étend la compétence des pharmaciens en leur permettant, selon des protocoles inscrits dans le cadre

d'un exercice coordonné, de délivrer des médicaments figurant sur une liste fixée par arrêté, après avis de la HAS.

Afin de sécuriser le nouveau dispositif dérogatoire mis en place, il convient que la liste fixée par arrêté précise également les pathologies auxquelles sont associés les médicaments pour lesquels la délivrance par les pharmaciens est autorisée.

Par ailleurs, les protocoles sont définis *a priori* par les professionnels de santé dans le cadre d'un exercice coordonné ; ils ne peuvent donc l'être par la Haute Autorité de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement paraît utile dès lors que deux niveaux de protocole sont superposés : avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis favorable.

*L'amendement n°393 rectifié bis est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°671 rectifié, présenté par Mme Lavarde, MM. Bonhomme, Sido et Piednoir, Mmes Deromedi et Vullien, M. Lefèvre, Mmes L. Darcos et Guidez, MM. Brisson et Courtial, Mme Morhet-Richaud et MM. de Nicolaÿ, Karoutchi et Cadic.

Après l'alinéa 3

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« ...- À titre expérimental et par dérogation au 4° de l'article L. 4211-1, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, la vente au détail des médicaments qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire est autorisée en dehors des établissements mentionnés à l'article L. 5125-1, à condition que la vente soit effectuée par une personne titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionnés aux articles L. 4221-2 à L. 4221-5.

« Les conditions de mise en œuvre du 11° sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions d'évaluation des expérimentations en vue d'une éventuelle généralisation. » ;

**M. Max Brisson.** – Le Gouvernement souhaite assouplir les conditions de vente en ligne. Mais cela prive les patients du conseil des pharmaciens et a un impact environnemental dommageable.

Cet amendement autorise la vente de ces médicaments à titre expérimental dans les établissements comportant un titulaire d'un diplôme français d'État de docteur en pharmacie ou de pharmacien.

Je rappelle que le Sénat a déjà voté la vente de tests de grossesse en-dehors des pharmacies.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement soulève une question de fond. Le maillage officinal est déjà dense : la proposition ne nous a pas semblé prioritaire. Elle ne peut faire l'impasse sur une concertation avec les pharmaciens. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°671 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°211 rectifié *bis*, présenté par Mme Berthet, MM. Mouiller, Pierre, Sol et Pellevat, Mmes Puissat et Noël, M. Mandelli, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, M. B. Fournier, Mmes Bruguière, Bonfanti-Dossat, de Cidrac et Deroche, MM. Duplomb, J.M. Boyer, Bonhomme et Laménie, Mme Lamure et M. Sido.

Après l'alinéa 5

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le 10°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Peuvent adresser un questionnaire visant au dépistage d'un éventuel risque ostéoporotique chez les femmes de plus de 50 ans. »

**Mme Martine Berthet.** – En janvier 2016, la Drees a pointé une surmortalité importante chez les personnes hospitalisées pour une fracture du col du fémur, principale conséquence de la fragilité osseuse des patients ostéoporotiques. Pourtant, une baisse de la prise en charge dans ce domaine depuis 2011 a été constatée, ce qui se caractérise par une hausse des hospitalisations pour fracture ainsi qu'une baisse du nombre d'ostéodensitométries réalisées.

Aussi cet amendement permet-il au pharmacien d'officine, de proposer un questionnaire de dépistage de l'ostéoporose aux femmes de plus de 50 ans, particulièrement exposées à ce risque.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le sujet est important mais il est déjà inclus dans les missions des pharmaciens d'officine ; qui peuvent prodiguer des conseils destinés à améliorer la santé du patient. Retrait ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°211 rectifié bis est retiré.*

*L'article 7 quinquies, modifié, est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**Mme la présidente.** – Amendement n°493 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattebled et Bonne, Mmes Deromedi et Noël, MM. de Legge, Bouloux, Nougéin, Longeot, Mandelli, Laménie et Bonhomme et Mme Renaud-Garabedian.

Après l'article 7 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le neuvième alinéa de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° Peuvent sans protocole avec le médecin traitant, contrôler la tension artérielle ;

« ...° Peuvent délivrer un médicament monodose pour une cystite et pratiquer préalablement un examen cyto bactériologique des urines. Ils doivent communiquer les résultats au médecin traitant et l'inscrire dans le dossier médical partagé ; »

**M. Daniel Chasseing.** – Cet amendement autorise les pharmaciens à contrôler la tension artérielle, ainsi qu'à délivrer un médicament pour une cystite et à pratiquer préalablement un examen cyto bactériologique des urines (ECBU).

Les pharmaciens devront communiquer les résultats au médecin traitant et l'inscrire dans le dossier médical partagé du patient. Ils connaissent les contre-indications et les interactions médicamenteuses.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement est satisfait par l'article 7 quinquies. Retrait ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – L'article 7 quinquies poursuit effectivement un objet similaire. Votre amendement est satisfait, mais serait plus restrictif.

*L'amendement n°493 rectifié bis est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°367 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux, Vall et Husson.

Après l'article 7 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les pharmaciens d'officine, en application de l'article L. 4211-1. »

**Mme Véronique Guillotin.** – Le nombre de fumeurs diminue (de 12 % en deux ans) mais le tabagisme reste encore la première cause de décès évitable en France.

Cet amendement modifie la liste des professionnels de santé autorisés à prescrire les substituts nicotiniques pour y inclure les pharmaciens d'officine, afin de renforcer la lutte contre le tabagisme.

Il est essentiel d'associer ces professionnels de santé au parcours d'aide au sevrage tabagique. Je sais, madame la ministre, que vous n'aimez pas que le prescripteur soit aussi le vendeur, mais les pharmaciens ont prêté le serment de Galien qui les enjoint au « respect des règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement »...

**M. Gérard Dériot.** – Merci !

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°436 rectifié *bis*, présenté par Mmes Berthet, Imbert et Lassarade, MM. Saury, Savary, Sol, Vogel et

Brisson, Mmes Deromedi et Gruny, M. Lefèvre, Mmes Morhet-Richaud et Noël, M. Pellevat, Mme Puissat, MM. Mandelli, Bouloux, Bonhomme et Revet, Mmes Deroche et Lamure et MM. Laménie et Sido.

**Mme Martine Berthet.** – La lutte contre le tabagisme a été renforcée par les pouvoirs publics depuis plusieurs années.

La convention pharmaceutique prévoit de travailler avec les syndicats de pharmaciens d'officine pour définir un dispositif de lutte contre le tabagisme.

Cependant, il faut parfois attendre plusieurs jours pour avoir un rendez-vous et obtenir l'ordonnance ; pour rencontrer un médecin tabacologue, les délais de rendez-vous sont même de trois ou quatre semaines. Ceci peut freiner les patients dans leur volonté d'arrêter de fumer.

Aussi, afin de répondre efficacement et rapidement à la décision du patient, le pharmacien d'officine doit pouvoir initier un traitement de substituts nicotiques pris en charge par l'assurance maladie.

Cette autorisation de prescrire des substituts nicotiques est déjà ouverte pour les dentistes, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes mais pas pour les pharmaciens, alors même qu'ils se trouvent régulièrement en lien avec ces patients dans le cadre de pathologies associées ou autres. De plus, leur consommation ne se fera, étant donné leur nature, que selon leur strict besoin.

Le tabac a fait 75 000 morts en France en 2015, ce qui représente plus d'un décès sur huit, selon les derniers chiffres officiels publiés le 28 mai 2019. Il serait regrettable de se priver de cette chance pour le patient.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°504 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue et A. Marc, Mme Mélot et MM. Menonville, Wattebled, Bonne et Nougéin.

**M. Daniel Chasseing.** – Défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les substituts nicotiques peuvent être prescrits par les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes au-delà des médecins. Faut-il l'étendre aux pharmaciens, alors que le Parlement a estimé, lors de l'examen de la loi Touraine en 2016, que le vendeur ne pouvait être prescripteur ? Je ne le crois pas : nous n'avons pas changé d'avis. Cela n'empêchera pas le pharmacien de délivrer le produit, s'il vient à manquer, qui sera régularisé par une ordonnance. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Nul ne peut ignorer que la lutte contre le tabac est ma priorité. En deux ans, le nombre de fumeurs a baissé de 1,6 million. C'est le résultat d'une politique globale : paquet neutre, augmentation du prix du tabac, remboursement des substituts nicotiques. Nous

avons élargi les possibilités de prescription des substituts au-delà des médecins mais il ne convient pas que le prescripteur soit aussi le vendeur. Ce principe doit être maintenu. Les lieux de prescription, au demeurant, ne manquent pas. Le maillage territorial des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes est très dense. Avis défavorable.

*Les amendements identiques n°367 rectifié bis, 436 rectifié bis et 504 rectifié bis ne sont pas adoptés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°163 rectifié, présenté par M. Dériot, Mme Imbert, MM. Milon, Gilles et Morisset, Mme Deromedi, M. Bonhomme, Mme Lassarade, MM. Revet, Savary, Mouiller, Cuypers, Mandelli et Poniatowski, Mme Deseyne, MM. Charon et Bouloux et Mme Deroche.

Après l'article 7 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, après les mots : « biologie médicale », sont insérés les mots : « ainsi que pour certains actes d'anatomie et cytologie pathologique, dans les conditions déterminées par un décret pris en Conseil d'État ».

**M. Gérard Dériot.** – Chaque année en France, 3 000 nouveaux cas et 1 000 décès liés au cancer du col de l'utérus sont dénombrés. Selon l'institut national du cancer, 40 % des femmes ciblées par les recommandations ne réalisent pas assez régulièrement de frottis de dépistage.

Conformément à l'article L. 6211-1 du code de la santé publique, les prélèvements d'anatomocytologie, bien que cotés à la nomenclature des actes de biologie médicale, restent de la compétence des médecins.

Les biologistes médicaux pharmaciens réalisent pourtant quotidiennement des prélèvements vaginaux en vue d'examens cytologiques, bactériologiques ou virologiques. Ils sont contraints de renvoyer les patientes vers des médecins pour la réalisation de frottis cervico-vaginaux alors qu'il s'agit de la même technique de prélèvement.

Autoriser les biologistes médicaux pharmaciens, qui représentent 75 % des biologistes médicaux, d'effectuer ce type de prélèvement faciliterait le dépistage du cancer du col de l'utérus.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°242 rectifié *ter*, présenté par MM. Saury, Bonnacarrère et Henno, Mme Férat, MM. Lafon, Guerriau, Brisson, Chasseing, Moga, B. Fournier, Longeot et Laménie et Mme Kauffmann.

Après l'article 7 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, après les mots : « biologie médicale », sont insérés les mots : « ainsi que pour certains actes

d'anatomie et cytologie pathologique, dans les conditions déterminées par un décret pris en Conseil d'État ».

**M. Daniel Chasseing.** – Défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission des affaires sociales a souhaité connaître l'avis du Gouvernement sur ce sujet.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable. Nous ne manquons pas de lieux pour réaliser les frottis. Tous les trois ans, les femmes seront invitées par l'assurance maladie à en réaliser un gratuitement. Leur prise en charge doit être globale : le frottis doit être accompagné d'une palpation des seins. Les pharmaciens biologistes n'y sont pas autorisés.

**Mme Véronique Guillotin.** – Je ne suis pas convaincue que le maillage des lieux de frottis soit entièrement satisfaisant et permette un examen dans des délais courts. Il y a des territoires qui manquent de sages-femmes en libéral, par exemple.

**M. Gérard Dériot.** – Je ne comprends pas votre argument, madame la ministre. En effet, le maillage territorial par les laboratoires d'analyses médicales est meilleur que celui des sages-femmes. Il ne s'agit pas d'interpréter les résultats, nous ne parlons que du prélèvement.

**M. Bernard Jomier.** – Vous oubliez, chers collègues, que les médecins généralistes peuvent eux aussi réaliser des frottis et ils le font tous. C'est très simple. (*M. Alain Milon, rapporteur, et M. Michel Amiel le contestent.*)

Sur la question de la répartition des tâches, il faut être très prudent. Le projet de loi initial atteignait un bon équilibre, l'Assemblée nationale l'a légèrement modifié. Restons-en là. La compétence n'est pas le seul critère à prendre en compte, il y a aussi une question de volume d'activité. En l'espèce, la pratique du frottis ne pose pas de problème tel qu'il faille introduire cette modification.

**M. Michel Amiel.** – Je représente un territoire qui n'est pas un désert médical, où la plupart des médecins ne pratiquent pas de frottis et il y a peu de sages-femmes. En réalité, les laboratoires d'analyses médicales réalisent déjà cet examen.

**Mme Victoire Jasmin.** – Cela se fait aussi dans les territoires que je représente, dans les laboratoires d'analyses médicales. Confirmons-le dans la loi.

**M. René-Paul Savary.** – Il existe maintenant des tests individuels fiables de dépistage du virus HPV, cause principale du cancer du col de l'utérus. Est-il envisagé de les rembourser ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Va-t-on aussi envisager l'auto-vaccination ? Nous débattons de l'examen spécifique qu'est le frottis pour dépister le cancer du col de l'utérus. Cela réclame une vraie formation, en particulier pour éviter les faux négatifs. Il faudrait, *a minima*, que les pharmaciens biologistes la

reçoivent s'ils étaient autorisés à effectuer les frottis. Il ne suffit pas de s'emparer d'un écouvillon... (*Sourires*)

**Mme Corinne Imbert.** – Un article sur le site de Santé publique France de 2017 recommande l'auto-prélèvement vaginal. Si vous n'y êtes pas favorable, il faudrait retirer cet article.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Le dépistage du cancer du col de l'utérus était la première mesure du plan cancer car ce cancer est le seul évitable par la vaccination et des frottis réguliers. C'est aussi le cancer le plus inégalitaire : les femmes renonçaient parfois à cet examen pour des raisons financières. En effet, les frottis étaient surtout effectués par des gynécologues, souvent en secteur 2. Seuls 2 % le sont par les 30 000 sages-femmes de France : il y a un manque d'information. L'anapath coûtait cher et certaines jeunes femmes n'ont pas de mutuelle.

Cette année, sera mis en place le dépistage tous les trois ans, comme le recommande la HAS, pour toutes les femmes âgées de 25 ans à 65 ans. Le courrier qui leur sera envoyé précisera que l'acte sera entièrement pris en charge par l'assurance maladie et peut être pratiqué par un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue. J'y tiens car le frottis doit s'accompagner d'une palpation des seins. La prise en charge globale des pathologies féminines est indispensable.

L'autotest de dépistage du virus HPV ne détecte pas le cancer en tant que tel. La HAS ne l'a pas recommandé. Peut-être nos méthodes changeront-elles un jour, mais ce n'est pas la stratégie que nous avons retenue.

Merci, madame Imbert, d'avoir attiré mon attention sur cet article de Santé publique France.

Avis défavorable.

**M. Gérard Dériot.** – Je comprends votre insistance sur la prise en charge globale.

*L'amendement n°163 rectifié est retiré, ainsi que l'amendement n°242 rectifié ter.*

## ARTICLE 7 SEXIES A

**Mme la présidente.** – Amendement n°426, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Compléter cet article par trois alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 4151-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4151-4. Les sages-femmes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations strictement nécessaires à l'exercice de leur profession.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil national de l'ordre des sages-femmes, détermine les conditions d'application du présent article. »

**M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis.** – La commission de l'aménagement du territoire a estimé que la libération du temps médical devait être prioritaire. Or tout n'a pas été fait en ce sens alors que certaines professions, comme les sages-femmes, bénéficient d'une démographie dynamique. La limitation par voie réglementaire de leurs compétences oblige à une double consultation. Je signale que les chirurgiens-dentistes se sont, eux, vu reconnaître le droit à la pleine prescription. Avec cet amendement, nous le reconnaissons aux sages-femmes pour accomplir les actes nécessaires à l'exercice de leur profession.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – On aborde ici les conditions globales d'exercice d'une profession de santé alors que ce n'est pas l'objet du projet de loi. L'avis de l'ANSM sur les médicaments prescriptibles par les sages-femmes constitue un moyen de sécurisation pertinent. En outre, les sages-femmes peuvent déjà pratiquer tous les actes nécessaires à l'exercice de leur profession et précisés dans la partie réglementaire du code de la santé publique. Elles peuvent en pratiquer certains d'office, sans prescription, et d'autres sur prescription du médecin en cas de grossesse pathologique. Retrait, sinon avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n°426 n'est pas adopté.*

*L'article 7 sexies A est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**Mme la présidente.** – Amendement n°102 rectifié *bis*, présenté par Mmes Estrosi Sassone, Eustache-Brinio et Chain-Larché, MM. Savary et Daubresse, Mme Dumas, MM. Calvet, Charon, Lefèvre, Dufaut, Chatillon, Danesi et Bazin, Mmes Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Panunzi, Savin et Revet, Mme L. Darcos, MM. Darnaud et Morisset, Mme Morhet-Richaud, MM. Longuet, Babary et Ginesta, Mme Malet, MM. Perrin, Raison, Genest, Poniatowski, Karoutchi, Meurant et Mouiller, Mme Chauvin, MM. B. Fournier, Mandelli, Pierre, Sido, de Nicolaÿ, Cuyppers, de Legge et Rapin, Mme Di Folco, MM. Guené et Bouloux, Mme Lamure, M. Laménie, Mmes Renaud-Garabedian et de Cidrac et MM. J.M. Boyer, Duplomb, Gremillet et Segouin.

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 2 du chapitre 2 du titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale est complétée par une sous-section ainsi rédigée :

« Sous-section...

« Dispositions relatives aux sages-femmes

« Art. L. 162-12-.... - Dès la déclaration de grossesse, la femme enceinte peut déclarer une sage-femme libérale référente de son suivi, qu'elle a rencontrée au cours

d'un entretien individuel au moins une fois, de préférence au début de la grossesse, lors d'une consultation, du bilan prénatal ou de l'entretien prénatal précoce. La patiente a la possibilité de déclarer la sage-femme référente ultérieurement tout au long de la grossesse.

« La sage-femme référente du suivi tient à jour un dossier médical complet avec tous les éléments du suivi, qui fait l'objet d'une synthèse, si nécessaire et après accord de la femme, pour le médecin traitant.

« La sage-femme a un rôle d'information, de prévention, de mise en œuvre d'un suivi médical pour le parcours de suivi de grossesse. Elle a également un rôle d'organisation, de coordination et de régulation. Elle oriente la femme enceinte vers d'autres professionnels médico-psycho-sociaux si besoin, et prévoit avec la femme son retour à la maison après l'accouchement. »

**Mme Dominique Estrosi Sassone.** – Cet amendement ouvre la possibilité de déclarer une sage-femme référente.

En 2011, la Cour des Comptes avait reconnu dans son rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale que les sages-femmes pourraient, au cours du parcours de soins, assurer un rôle plus important et être les professionnels de premier recours lors de la grossesse et avant la consultation médicale.

Il faut mieux articuler et valoriser les compétences des sages-femmes et réorienter leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal.

La sage-femme ne remplacera pas le médecin référent mais pourra mieux répondre aux angoisses de certains parents, ce qui évitera des consultations pédiatriques ou gynécologiques.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°665 rectifié *ter*, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli et Collin, Mme Costes, M. Dantec, Mme N. Delattre, MM. Gabout, Gold et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

**Mme Nathalie Delattre.** – Dès 2005, la HAS recommandait que le suivi des femmes avec une grossesse normale soit assuré autant que possible par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne. Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne « référente » dans ce groupe facilite la coordination et l'organisation des soins et leur articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien.

Cet amendement traduit concrètement ces préconisations.

**Mme la présidente.** – Amendement n°276 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au début du titre V du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre ... ainsi rédigé :

« Chapitre ...

« Participation des sages-femmes aux soins primaires

« Art. L. .... – La sage-femme participe à la prise en charge des soins primaires auprès des femmes et de leurs enfants. Les missions de la sage-femme sont notamment les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant la prévention, le dépistage et le diagnostic des pathologies ainsi que l'éducation pour la santé auprès des femmes et des enfants ;

« 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° Assurer la surveillance et la prise en charge d'une situation pathologique en collaboration avec le médecin ainsi que la coordination des soins nécessaires à ces patients ;

« 4° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

« 5° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

« 6° Contribuer à l'accueil et à la formation des étudiants en formation.

« Ces missions peuvent aussi s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux.

« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale. »

**Mme Laurence Cohen.** – Les actions de dépistage, de prévention et de diagnostic de la pathologie positionnent la sage-femme comme praticien de premier recours en soins primaires pour la santé des femmes, au cœur du dispositif permettant à la patiente d'être au centre du parcours de santé. Cette place dans le système de santé français mérite d'être clairement identifiée dans la loi.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La Cour des comptes proposait effectivement une telle évolution en 2011. Mais l'inscription de la notion sage-femme référente suppose une révision de la nomenclature de ces actes par l'assurance maladie, ce que l'amendement ne peut pas garantir. Sagesse.

L'article L. 1411-11 du code de la santé publique prévoit déjà que tous les professionnels de santé concourent à l'offre de soins de premier recours, les sages-femmes en font logiquement partie. Le code de la santé publique détaille les missions des sages-femmes dans sa partie réglementaire, à

l'article R. 4127-318. L'amendement n°276 rectifié est satisfait : retrait, sinon défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Les sages-femmes font partie des équipes de soins primaires. Elles jouent un rôle majeur dans le suivi de la santé des femmes : depuis 2009, elles peuvent assurer le suivi de grossesse ; elles peuvent aussi assurer un suivi général de la santé féminine en l'absence de pathologie. Que changerait le statut de référent ? Il nuirait au contraire à l'esprit d'équipe prôné par « Ma Santé 2022 ». Ne figeons pas des responsabilités individuelles alors que nous souhaitons un parcours fluide autour d'une équipe pluridisciplinaire. Les patients seront désorientés par la multiplicité des référents. Avis défavorable.

**Mme Laurence Cohen.** – Mon amendement était un peu différent, il n'était pas question de « référent » mais, vu les explications du rapporteur, je le retire.

*L'amendement n°276 rectifié est retiré.*

*Les amendements identiques n°102 rectifié bis et 665 rectifié ter ne sont pas adoptés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°733, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 2322-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2322-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 2322-1-... – La maison de naissance est une structure autonome, dirigée par des sages-femmes qui pratiquent l'accouchement de femmes enceintes à bas risque obstétrical dont elles ont assuré le suivi médical de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3.

« La maison de naissance conclut une convention avec un établissement de santé autorisé à l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, permettant un transfert rapide des parturientes ou des nouveau-nés en cas de nécessité.

« Les conditions d'ouverture et de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret en Conseil d'État avant le 1<sup>er</sup> novembre 2020. »

**Mme Monique Lubin.** – Huit maisons de naissance ont été ouvertes après la loi du 6 décembre 2013 autorisant leur expérimentation et le décret du 30 juillet 2015. L'arrêté du 23 novembre 2015 a marqué le début de la période d'expérimentation de cinq ans. Ces maisons offrent un accompagnement des naissances plus personnalisé et plus intime, grâce au suivi depuis le début de la grossesse jusqu'à la surveillance postnatale par les mêmes sages-femmes. Ces maisons n'accueillent que des femmes à bas risque obstétrical souhaitant accoucher naturellement. En cas de nécessité, les transferts de la mère ou du nouveau-né se font vers l'établissement de santé partenaire.

Les rapports d'évaluation font déjà état de la grande satisfaction des parents, des sages-femmes et des équipes hospitalières partenaires des maisons de naissance et, également, de la sécurité et des bons résultats en termes de santé de ces structures.

Une telle offre de suivi permet aux professionnels de disposer de davantage de temps avec les futurs parents tout au long de la grossesse et au moment de l'accouchement, ce qui s'inscrit dans la stratégie « Ma Santé 2022 ».

En outre, la pratique des maisons de naissance est particulièrement économique. Une moindre médicalisation et le respect de l'intimité tendent à faciliter l'accouchement et à favoriser l'établissement du lien parent-enfant. La commission nationale consultative des droits de l'homme a préconisé, dans son récent rapport « Agir contre les maltraitements dans le système de santé », l'institutionnalisation et la multiplication des maisons de naissance.

L'anticipation de la suite de l'expérimentation permettra d'éviter des ruptures dans la prise en charge des parents qui seront accueillis durant l'année à venir.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les maisons de naissance, ce sont l'honneur du Sénat. Elles ont été instaurées par notre commission des affaires sociales, sous la présidence de Mme Muguette Dini. Preuve de plus de l'utilité de la deuxième chambre, qu'il serait bon de rappeler au président de la République ! Créées en 2015, neuf maisons sont en cours d'expérimentation. Attendons leur évaluation en 2020 avant de les généraliser. Retrait, sinon avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

**M. Bernard Jomier.** – L'expérimentation s'arrête en novembre 2020. Les maisons de naissance ont besoin d'une visibilité, elles veulent savoir si elles pourront accueillir de nouveaux parents. La grossesse a cela de particulier qu'elle dure neuf mois...

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Un groupe de travail se penche sur la périnatalité au ministère, il fera des propositions. J'entends votre alerte.

*L'amendement n°733 est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°354 rectifié, présenté par Mme M. Carrère, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli, Collin et Corbisez, Mme Costes, MM. Gabouty, Gold et Guérini, Mme Guillotin, M. Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer les vaccinations de l'ensemble des adultes, à l'exception de

la première injection, sans prescription médicale. Les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique. »

**Mme Maryse Carrère.** – Il s'agit d'élargir la faculté donnée aux infirmiers de vacciner des adultes, à l'exclusion de la primo-vaccination. Ils sont déjà habilités à le faire contre la grippe. Près d'un million de personnes en ont bénéficié, lors de la dernière campagne.

**Mme la présidente.** – Amendement n°99 rectifié *ter*, présenté par Mmes Estrosi Sassone, Eustache-Brinio et Chain-Larché, MM. Savary, Daubresse et Calvet, Mme Dumas, MM. Charon, Lefèvre, Dufaut, Chatillon, Danesi et Bazin, Mmes Procaccia, Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Panunzi, Savin et Revet, Mme L. Darcos, MM. Darnaud, Genest et Morisset, Mme Morhet-Richaud, MM. Longuet, Babary, Ginesta, Poniatowski, Meurant et Mouiller, Mme Chauvin, MM. B. Fournier, Mandelli, Pierre, Sido, de Nicolaÿ, Cuypers, de Legge et Rapin, Mme Di Folco, MM. Guéné et Bouloux, Mme Lamure, M. Laménie, Mme de Cidrac et MM. J.M. Boyer, Duplomb, Gremillet et Segouin.

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, les mots : « certaines vaccinations », sont remplacés par les mots : « les vaccinations de l'ensemble des adultes, à l'exception de la première injection ».

**Mme Dominique Estrosi Sassone.** – Soulageons les cabinets médicaux surchargés en élargissant la faculté de vacciner donnée aux infirmiers.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°175 rectifié *bis*, présenté par M. Karoutchi, Mmes Berthet, A.M. Bertrand et Bories, MM. Brisson, Chaize et Dallier, Mmes Duranton et Gruny, M. Kennel, Mmes Lavarde et M. Mercier, MM. Vaspart et Vogel et Mme Ramond.

**Mme Martine Berthet.** – Défendu.

**Mme la présidente.** – Amendement n°371 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'infirmière ou infirmier peut effectuer la vaccination antigrippale à l'ensemble des adultes, sans prescription médicale, à l'exception de la première injection. »

**Mme Véronique Guillotin.** – Défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les amendements n<sup>os</sup>354 rectifié, 99 rectifié *ter* et 175 rectifié *bis* poursuivent le même objectif d'élargissement des compétences médicales des infirmiers.

L'amendement n<sup>o</sup>371 rectifié se limite à la vaccination antigrippale. Il serait un recul par rapport au décret du 25 septembre 2018 puisqu'il exclut la primo-vaccination.

Le Gouvernement a saisi la HAS, un travail de réflexion est en cours sur l'extension des compétences vaccinales. Mieux vaut attendre ses conclusions. Retrait, sinon avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*L'amendement n<sup>o</sup>354 rectifié est retiré, de même que les amendements n<sup>os</sup>99 rectifié *ter*, 175 rectifié *bis* et 371 rectifié.*

## ARTICLE 7 SEXIES B

**Mme la présidente.** – Amendement n<sup>o</sup>464, présenté par le Gouvernement.

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

...° À l'article L. 4424-1, après les mots : « dans le territoire des îles Wallis et Futuna », sont insérés les mots : « dans leur rédaction résultant de la loi n<sup>o</sup> du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ».

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – L'article L. 4161-1 du code de la santé publique s'applique à Wallis et Futuna. Les modifications qui lui ont été apportées doivent l'être aussi.

*L'amendement n<sup>o</sup>464, accepté par la commission, est adopté.*

*L'article 7 sexies B, modifié, est adopté.*

## ARTICLES ADDITIONNELS

**Mme la présidente.** – Amendement n<sup>o</sup>74 rectifié *ter*, présenté par Mme Micouleau, MM. Babary et Bascher, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Brisson, Chatillon, Cuypers et Danesi, Mme Estrosi Sassone, MM. Gremillet, Guerriau et Laménie, Mme Lamure, M. Lefèvre, Mme Lherbier et MM. Meurant, Morisset, Perrin, Raison et Sido.

Après l'article 7 sexies B

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6211-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots « examens de biologie médicale », sont insérés les mots : « des actes de vaccination antigrippale, » ;

2° Au second alinéa, après le mot : « examens », sont insérés les mots : « , de ces actes ».

**Mme Brigitte Micouleau.** – Cet amendement étend aux 4 000 biologistes médicaux la possibilité d'administrer, sans prescription médicale, le vaccin contre la grippe saisonnière. Cela permettrait d'atteindre rapidement le taux de 75 % de couverture vaccinale fixé par la HAS.

Contrairement aux pharmaciens d'officine, les biologistes, qui disposent de personnels qualifiés et habilités, ayant l'expérience du prélèvement, n'auront besoin d'aucune formation préalable. Aucune autre structure médicale non hospitalière n'offre autant de garanties pour la prise en charge médicalisée des vaccinations, des dépistages, de la prévention et du suivi des patients chroniques.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n<sup>o</sup>132 rectifié *ter*, présenté par M. Sol, Mmes Eustache-Brinio et Deroche, M. Calvet, Mmes L. Darcos, Bruguière, Morhet-Richaud, Berthet et Deromedi, MM. Decool et Moga, Mme Kauffmann, MM. Genest et Poniatowski, Mme Raimond-Pavero, M. Mouiller, Mmes Garriaud-Maylam et Chauvin et MM. Pierre, Piednoir, B. Fournier, Bouloux et Charon.

**M. Jean Sol.** – Les biologistes peuvent contribuer à la prévention de la grippe. Ne nous privons pas de leurs compétences et de leurs moyens.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n<sup>o</sup>162 rectifié *ter*, présenté par M. Dériot, Mmes Imbert et Puissat, MM. Milon, Gilles et Bonhomme, Mme Lassarade, MM. Revet, Savary et Mandelli et Mme Deseyne.

**M. Gérard Dériot.** – Défendu.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n<sup>o</sup>253, présenté par M. Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** – Défendu.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n<sup>o</sup>662 rectifié *ter*, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano et A. Bertrand, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux, Vall et Husson.

**Mme Véronique Guillotin.** – Défendu.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – C'est une piste intéressante mais la HAS, dans son dernier avis en matière d'extension de la vaccination antigrippale, ne mentionnait que les sages-femmes, les infirmiers et les pharmaciens. Le Gouvernement l'a sollicitée en début d'année sur l'extension des compétences vaccinales pour d'autres vaccins et d'autres professions de santé. Attendons ses conclusions. Retrait, sinon avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*Les amendements n<sup>os</sup>74 rectifié *ter*, 132 rectifié *ter*, 162 rectifié *ter*, 253 et 662 rectifié *ter* sont retirés.*



**ARTICLE 7 SEXIES C (Supprimé)**

**Mme la présidente.** – Amendement n°638, présenté par Mme Sollogoub.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 4342-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au sixième alinéa, les mots : « , hors verres correcteurs d'amétropie et lentilles de contact oculaire correctrices, » sont supprimés ;

2° Après le même sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Il peut adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin. » ;

3° Au dernier alinéa, les mots : « est précisée » sont remplacés par les mots : « et les conditions de l'adaptation prévue au septième alinéa sont précisées ».

**Mme Nadia Sollogoub.** – Face à la désertification médicale particulièrement prononcée dans la filière visuelle, et les difficultés dans l'accès aux soins qui en découlent, il est urgent d'envisager un renforcement des compétences des professionnels de santé paramédicaux, comme les orthoptistes.

Cet article, supprimé en commission, visait à étendre les compétences des orthoptistes en matière de renouvellement et d'adaptation des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire correctrices, sauf indication contraire du médecin. Il faut le rétablir.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Certes, il faut mieux préciser les compétences dans la filière visuelle et adapter les formations en conséquence mais il convient d'éviter toute mesure ponctuelle.

Comme vous, j'ai reçu beaucoup de messages. La suppression de cet article n'est pas une mesure de rétorsion contre les orthoptistes ou une mesure de protection des ophtalmologistes, nous attendons une loi plus large sur la filière visuelle et elle est urgente. Si le Sénat en décide autrement, il fera plaisir aux orthoptistes mais procéder par petites touches n'est pas la bonne méthode. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Nous mettons en place une mission pour que l'ensemble des professionnels se parlent, se rencontrent pour mieux organiser la filière visuelle. Je suis néanmoins favorable à l'amendement n°638 qui supprime une inégalité entre opticiens et orthoptistes, qui sont tout aussi compétents pour adapter des lunettes. Cette simple mesure d'ajustement ne préjuge en rien d'une réorganisation ultérieure.

**Mme Nadia Sollogoub.** – En effet, il ne s'agit pas de céder à un lobby mais de répondre aux besoins des patients qui peinent à accéder à un ophtalmologue. Imaginez : des personnes âgées attendent un an un rendez-vous pour une prescription de lunettes.

*L'amendement n°638 n'est pas adopté.*

**ARTICLES ADDITIONNELS**

**Mme la présidente.** – Amendement n°605 rectifié *bis*, présenté par Mme Sollogoub, M. Henno, Mme Vermeillet, MM. Janssens, Canevet, Bonnacarrère et Delahaye, Mme C. Fournier, M. Moga, Mmes Perrot et Billon, M. Cazabonne et Mmes Saint-Pé et Vullien.

Après l'article 7 sexies C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 4342-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les mots : « L'orthoptiste pratique son art sur prescription médicale » sont supprimés ;

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « L'orthoptiste pratique son art en cabinet libéral, dans les établissements de santé définis à l'article L. 6141-1. »

**Mme Nadia Sollogoub.** – Cet amendement a pour objet d'offrir aux patients un accès direct aux orthoptistes, sans prescription médicale.

*L'amendement n°605 rectifié bis, rejeté par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°115 rectifié *ter*, présenté par Mmes Deseyne et Micouleau, MM. Longuet et Danesi, Mmes Deromedi, Gruny et Puissat, M. Morisset, Mme Bruguière, MM. Lefèvre, del Picchia, Savary, Poniatowski et Cuypers, Mmes Raimond-Pavero et Chauvin, MM. Pierre, Piednoir, Gilles, Rapin, Charon et Sido, Mmes A.M. Bertrand et Lamure et MM. Segouin, Laménie et Gremillet.

Après l'article 7 sexies C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4362-11 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° Les modalités de mise en œuvre par le Conseil national de l'ordre des médecins d'une solution sécurisée d'échanges d'informations entre les prescripteurs d'ordonnance médicale visant à la délivrance de verres correcteurs et les opticiens ;

« ...° Les lieux d'exercice de la profession d'opticien-lunetier afin de leur permettre d'exercer en cabinet médical. » ;

2° Après l'article L. 4362-12, il est inséré un article L. 4362-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4362-.... – L'opticien-lunetier peut réaliser, sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole organisationnel de délégations de tâches :

« - la mesure de la pression intraoculaire d'un patient au moyen d'un tonomètre à air ;

« - la mesure de l'épaisseur cornéenne au moyen d'un pachymètre ;

« - une rétinographie sans instillation de collyre mydriatique à l'aide d'un rétinographe non mydriatique ;

« - la réfraction.

« L'opticien-lunetier n'est pas habilité à interpréter les données ainsi recueillies. L'opticien-lunetier informe le patient que les examens réalisés seront soumis à l'analyse du médecin prescripteur.

« Les conditions dans lesquelles l'opticien-lunetier peut procéder à ces mesures sont déterminées par décret. »

**Mme Chantal Deseyne.** – Cet amendement autorise l'opticien à réaliser les actes préalables au bilan visuel. Il ne remet pas en cause le rôle du médecin ophtalmologiste, mais du temps médical, surtout dans les zones sous-dotées où il faut plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous.

Plusieurs projets d'expérimentation sont bloqués faute pour l'opticien de pouvoir utiliser ces appareils.

*L'amendement n°664 rectifié bis est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°529 rectifié bis, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mme Artigas.

Après l'article 7 sexies C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définis en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, à titre expérimental, à compter de la date fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et jusqu'au 31 décembre de la troisième année suivant cette même date, les opticiens-lunetiers à réaliser les actes préalables au bilan visuel, laissant l'interprétation et le diagnostic médical au médecin.

Un arrêté du ministre chargé de la santé définit les régions participant à l'expérimentation mentionnée au premier alinéa du présent article, dans la limite de quatre régions.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment les conditions de délivrance de l'autorisation aux opticiens-lunetiers dans les régions retenues pour participer à l'expérimentation et les conditions de réalisation de l'examen de la réfraction en vue de l'adaptation dans ces établissements.

Au plus tard dans les quatre mois précédant la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement et transmis au Parlement.

**M. Patrice Joly.** – 30 % des parents sont confrontés à des problèmes de vue pour leurs enfants ; 10 % des enfants concernés ont moins de cinq ans. Et 38 % des salariés de plus de 50 ans déclarent des difficultés au travail.

La Cour des comptes recommandait en 2018 une extension des prérogatives des opticiens, compte tenu du nombre insuffisant d'ophtalmologistes. Cet amendement prévoit une expérimentation en ce sens.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le rôle des opticiens-lunetiers doit lui aussi être clarifié. Mais les extensions de compétences déjà accordées en 2007 n'ont eu que des effets marginaux. Attendons une réforme globale.

Ainsi, la délivrance d'équipements d'optique médicale continue à reposer pour l'essentiel sur les ophtalmologues. En outre, une telle clarification ne peut s'opérer qu'en travaillant sur la complémentarité entre les différents acteurs de la filière, y compris les orthoptistes.

La commission des affaires sociales, en cohérence avec sa position sur l'article 7 sexies C concernant les orthoptistes, qu'elle a supprimé, attend donc une clarification d'ensemble de la filière visuelle et non de nouvelles mesures ponctuelles.

L'amendement n°115 propose de mettre à jour les actes pouvant être réalisés par les opticiens-lunetiers et les équipements pouvant être utilisés par cette profession. Les dispositions proposées sont de nature réglementaire. En effet, l'article L. 4362-11 du code de la santé publique dispose que « les règles d'exercice et, en tant que de besoin, d'équipement » de la profession sont déterminées par décret.

Nous attendons avec impatience une loi sur le visuel. Avis défavorable sur ces deux amendements.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

**M. Yves Daudigny.** – Que cette future loi prenne aussi en considération les optométristes, profession non reconnue en France dont les praticiens doivent se former en Australie ou au Canada.

*L'amendement n°115 rectifié bis est retiré.*

*L'amendement n°529 rectifié bis n'est pas adopté.*

## ARTICLE 7 SEXIES

**M. Jean-Pierre Decool.** – Cet article donne le droit au pharmacien de se substituer au médecin en remplaçant un médicament par un autre en cas de rupture de stock. Introduit par l'Assemblée nationale, il va dans le bon sens et il est en cohérence avec le rapport que nous avons commis, présidé par M. Daudigny, sur la pénurie de médicaments et de médecins. Madame la ministre, nous sommes prêts à décliner nos recommandations au plan d'action que vous allez lancer d'ici l'été.

**Mme la présidente.** – Amendement n°652 rectifié bis, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano,

A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin, Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux, Vall et Husson.

I. – Alinéa 2, première phrase

Après la référence :

L. 5121-30

insérer les mots :

et avec l'accord du prescripteur

II. – Alinéa 3

Supprimer les mots :

et informe le prescripteur de ce remplacement

**Mme Véronique Guillotin.** – Les ruptures de stock de médicaments étant de plus en plus fréquentes, l'article 7 *sexies* ouvre la possibilité aux pharmaciens de remplacer un médicament prescrit par un autre. Cet amendement prévoit l'accord préalable du prescripteur avant tout remplacement par le pharmacien.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Réintroduire l'accord préalable du médecin vide l'article de son sens. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis. De plus, l'article précise que la substitution d'un médicament en rupture d'approvisionnement se fait dans le cadre défini par l'ANSM qui établit des recommandations sur la base des conclusions de groupes de travail.

*L'amendement n°652 rectifié bis est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°267 rectifié *quater*, présenté par Mme Deroche, M. Piednoir, Mme Deromedi, M. Panunzi, Mmes Micouleau, Di Folco et M. Mercier, MM. Bonne et Mouiller, Mme Imbert, M. Vaspert, Mmes Ramond, Lassarade et Bruguière, M. Savary, Mmes Procaccia et Gruny, MM. Dériot et Brisson, Mmes L. Darcos et Berthet, MM. Morisset et Sido, Mme Lamure et MM. Laménie, Genest, Darnaud et Paul.

Alinéa 2

Après les mots : professionnels de santé

insérer les mots : , des entreprises pharmaceutiques exploitant les médicaments concernés

**Mme Catherine Deroche.** – Cet amendement inclut le ou les laboratoires appelés à fournir le produit de substitution dans la liste des intervenants consultés préalablement à l'établissement de la recommandation établie par l'ANSM.

Ils sont, en effet, les meilleurs connaisseurs de leurs produits et pourraient avoir à procéder à des ajustements tant sur la production que sur la logistique qu'il est important de pouvoir anticiper.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La consultation des laboratoires permettra d'éclairer sur les stocks

disponibles de médicaments de substitution. Avis favorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – La capacité d'approvisionnement d'une molécule de remplacement par un laboratoire suppléant est un préalable dont l'ANSM s'assure dans toutes les situations de rupture d'approvisionnement.

L'élaboration de la recommandation de l'ANSM ne relève pas de la mission des laboratoires suppléants. Avis défavorable.

**Mme Laurence Cohen.** – Cet amendement pourrait être séduisant mais présente certains dangers : les laboratoires seraient juge et partie dans le processus de substitution. Les risques de lobbying et de perte d'indépendance de l'ANSM ne sont pas une vue de l'esprit. Les récents scandales incitent à la prudence. Je soutiens le Gouvernement.

*L'amendement n°267 rectifié quater est adopté.*

*L'article 7 sexies, modifié, est adopté.*

## ARTICLE 7 SEPTIES A

**Mme la présidente.** – Amendement n°466, présenté par le Gouvernement.

Supprimer cet article.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – L'objet est de supprimer la possibilité donnée aux partenaires conventionnels de pouvoir négocier une aide complémentaire en cas de congés maternité ou paternité pour les chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, infirmiers interrompant leur activité. Conformément à ce que vous avez voté dans la loi de financement pour 2019, le congé maternité des travailleurs indépendants dans les zones sous-dotées a été aligné sur celui des salariées, soit 38 jours indemnisés supplémentaires.

Les professionnels de santé libéraux bénéficient déjà d'une protection maternité qui représente un taux moyen de remplacement de près de 90 % du revenu. Pour les professions dont les revenus moyens sont plus bas, le taux de couverture peut atteindre 100 %. Ces professionnels peuvent ainsi percevoir un revenu allant jusqu'à 9 600 euros pendant leurs congés. Pour les médecins, le taux de remplacement est inférieur à 60 %. Les médecins libéraux bénéficieront d'une aide conventionnelle spécifique afin de favoriser l'installation des jeunes médecins, notamment dans les zones sous-denses.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet article a été adopté par la commission dans un souci d'équité entre les médecins et les autres professionnels. Avis défavorable, donc.

*L'amendement n°466 n'est pas adopté.*

*L'article 7 septies A est adopté.*

**ARTICLE 7 SEPTIES (Supprimé)**

**Mme la présidente.** – Amendement n°368 rectifié, présenté par MM. Roux, Arnell, Artano et A. Bertrand, Mme M. Carrère, MM. Castelli et Collin, Mme Costes, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier et Vall.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « En l'absence d'accord, l'assuré peut saisir le directeur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant puisse lui être désigné parmi une liste de médecins de son ressort géographique. »

**M. Jean-Marc Gabouty.** – 8,7 % des assurés de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant, souvent parce qu'ils n'en trouvent pas. Soixante-quinze CPAM signalent des difficultés croissantes dans ce domaine. Le conciliateur de la caisse ne peut imposer la désignation du médecin traitant. Cet amendement y remédie en autorisant l'assuré à saisir le directeur de l'organisme gestionnaire.

**Mme la présidente.** – Amendement n°639, présenté par Mme Sollogoub.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « En l'absence d'accord, l'assuré situé dans une zone définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique peut saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant disponible lui soit proposé. »

**Mme Nadia Sollogoub.** – Défendu.

**Mme la présidente.** – Amendement n°537 rectifié *ter*, présenté par MM. Chasseing, Bignon, Capus, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Laufoaulu, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattebled, Bouloux, Moga, Gabouty, Bonhomme, Laménie et Mandelli et Mmes Deromedi et Noël.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « En l'absence d'accord, l'assuré situé dans une zone définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique peut saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant disponible puisse lui être proposé. »

**M. Daniel Chasseing.** – Cet amendement rétablit l'article 7 *septies* adopté à l'Assemblée nationale, offrant la possibilité aux citoyens vivants dans des zones caractérisées par une offre insuffisante de soins ou par des difficultés d'accès aux soins de saisir le conciliateur de leur caisse d'assurance maladie.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission a supprimé cet article qui n'ajoute rien au droit existant : la saisine du conciliateur de l'assurance maladie est déjà possible et celle du directeur de la CPAM ne changera guère la situation. Par ailleurs, d'après l'accord conventionnel en cours de négociation, l'une des missions socles des CPTS sera d'organiser l'accès au médecin traitant. Il me semble plus efficient de laisser les professionnels de santé s'organiser entre eux. Avis défavorable.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable à l'amendement n°368 rectifié, retrait de l'amendement n°639 au profit de l'amendement n°537 rectifié *ter* auquel je donne un avis favorable. Ce peut effectivement être le rôle du conciliateur de l'organisme gestionnaire pour obtenir un médecin traitant. En l'absence de médecin traitant, la CPAM attribue un numéro virtuel au patient, pour lui permettre d'être remboursé.

**M. Bernard Jomier.** – J'attire votre attention sur les difficultés, dans certains territoires, à trouver un médecin traitant malgré les solutions que vous évoquez.

Allez-vous, madame la ministre, supprimer les pénalités financières ? Nous avons présenté un amendement en ce sens, mais il a été victime de l'article 40. Prévoyez-vous de régler la situation à l'occasion de la future loi de finances ?

*L'amendement n°639 est retiré.*

**M. Jean-Marc Gabouty.** – Je retire l'amendement n°368 rectifié au profit de l'amendement n°537 rectifié *ter*, auquel la ministre a donné un avis favorable.

*L'amendement n°368 rectifié est retiré.*

*Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°537 rectifié ter, mis aux voix par assis et debout, n'est pas adopté.*

*L'article 7 septies demeure supprimé.*

**ARTICLES ADDITIONNELS**

**Mme la présidente.** – Amendement n°54, présenté par Mme Ramond.

Après l'article 7 septies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 1° du I de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, les mots : « coordonnée par le médecin traitant » sont supprimés.

**Mme Françoise Ramond.** – L'article L. 4301-1 du code de la santé publique définit l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux.

Lors des débats parlementaires conduisant à son introduction en 2016, cet article a été complété de la notion de « coordination des soins par un médecin »

dans la définition du cadre d'exercice des professionnels en pratique avancée.

La publication des textes réglementaires relatifs à la pratique avancée et les cas d'usage de cette pratique étant désormais plus clairement définis, cette mention place les professionnels de santé dans une situation délicate puisqu'en l'absence de coordination par le médecin, ils ne devraient pas légalement pouvoir exercer. Il convient donc de supprimer cette mention dans un souci de sécurité juridique.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°136 rectifié, présenté par Mme Bonfanti-Dossat, MM. Brisson et Courtial, Mme Micouleau, MM. Lefèvre, de Nicolaÿ, Vogel et Morisset, Mmes Puissat, Gruny, Morhet-Richaud, Deromedi, Troendlé et Lopez, MM. Genest et Poniatowski, Mme Garriaud-Maylam, MM. Mandelli, Bonne, Pellevat, B. Fournier et Charon, Mme Lamure et M. Laménie.

**Mme Christine Bonfanti-Dossat.** – Défendu.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°413 rectifié *bis*, présenté par M. Antiste, Mmes Jasmin et G. Jourda, M. Duran et Mme Artigalas.

**M. Maurice Antiste.** – Cet amendement a le même objet que les précédents.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'exercice en pratique avancé s'inscrit dans une équipe coordonnée par un médecin, que ce soit en ambulatoire, comme ce qui est ici visé, ou à l'hôpital. C'est d'ailleurs la définition même de l'équipe de soins primaires. Il ne paraît pas opportun de supprimer cette mention peu contraignante, qui créerait deux régimes d'exercice différents en ville et à l'hôpital. Retrait ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Même avis.

*Les amendements identiques n°54 et 136 rectifié sont retirés.*

*L'amendement n°413 rectifié bis n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°700, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'article 7 septies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 3° de l'article L. 3121-2-2 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° Les infirmières et infirmiers ;

« ...° Les médecins généralistes de premier recours. »

**M. Bernard Jomier.** – Cet amendement autorise les infirmières et les infirmiers ainsi que les médecins généralistes à délivrer des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* destinés à réaliser des autotests de détection du VIH.

En France, plus de 170 000 personnes vivent avec le VIH, près de 6 500 personnes découvrent leur séropositivité chaque année et l'on estime à 30 000 le nombre de personnes porteuses du virus sans le savoir. Malgré les progrès en matière de dépistage, près d'un tiers des découvertes de séropositivité sont trop tardives.

Dans une perspective de développement de l'offre de dépistage, la France a autorisé la vente en pharmacie d'autotests VIH plus discrets et accessibles.

En 2017, plus de 90 000 autotests ont été vendus en France. C'est insuffisant. Il convient de multiplier les endroits où il est possible de se procurer un autotest, notamment dans les zones à forte prévalence. Je connais vos efforts, madame la ministre, dans ce domaine.

Mais les consultations infirmières et auprès du généraliste sont bien souvent l'occasion pour un patient d'échanger et de se confier ; il semble opportun que le professionnel puisse proposer et délivrer le cas échéant un autotest à cette occasion.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le code de la santé publique autorise la délivrance de ces autotests, en dehors des pharmacies, par des centres de dépistage, des centres d'accompagnement et de prévention en addictologie ainsi que les organismes de prévention sanitaire habilités.

La délivrance par des infirmiers et médecins pourrait encore faciliter l'accès à ces dispositifs médicaux, mais serait une nouvelle dérogation au monopole pharmaceutique. Avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Avis défavorable même si je comprends l'objectif, car nous n'avons pas un dépistage satisfaisant du VIH. Il faut poursuivre les expérimentations sur les différents outils de dépistage, voire ce qui marche le mieux et attendre le rapport de l'ANRS pour agir. Ce n'est pas le rôle de la loi de choisir les outils et les modalités de dépistage.

**M. Bernard Jomier.** – La stagnation du nombre de contamination est liée à un dépistage insuffisant.

*L'amendement n°700 est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°701, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'article 7 septies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6211-7 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut également être réalisé par un médecin dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

**M. Bernard Jomier.** – Cet amendement permet aux médecins de premier recours de pratiquer des actes de biologie médicale. C'est un amendement de provocation pour répondre aux amendements

précédents sur la répartition des tâches entre professionnels de santé et en particulier ceux qui concernent les biologistes médicaux. Il faut éviter toute concurrence désordonnée.

*L'amendement n°701 est retiré.*

## ARTICLE 8

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – L'article 8 détermine le maillage hospitalier dans les territoires. Nous ne sommes pas contre la gradation des soins en trois niveaux. Mais elle va se faire dans une dynamique de concentration des services spécialisés dans les grandes métropoles. La gradation des soins en trois niveaux inquiète et le recours aux ordonnances pour déterminer la liste des hôpitaux qui seront labélisés « établissements de proximité » n'est pas pour rassurer. Dans le Pas-de-Calais, l'hôpital de Lens subi depuis plusieurs années réductions de personnels et fermetures de lits, encore récemment dans son service maternité. Quel sera l'avenir de cet établissement indispensable pour des milliers de Lensois ? Actuellement, il dispose d'un service de chirurgie, d'un service d'urgences, d'un service de pédiatrie, d'un service d'imagerie médicale, d'un laboratoire, d'un service psychiatrique, d'un service de cardiologie, d'un service de gériatrie, d'une maternité et d'un service de chirurgie. Demain, l'hôpital de Lens sera-t-il considéré comme un hôpital de niveaux 1, 2 ou 3 ? Si le CH de Lens est labélisé hôpital de proximité, les services d'urgences, de cardiologie, de gériatrie, de chirurgie, d'obstétrique et d'imagerie devraient disparaître. Si l'hôpital de Lens est reconnu comme un hôpital de 2<sup>e</sup> niveau, dit hôpital spécialisé, il pourra conserver ses services de chirurgie et de maternité mais devra se séparer de ses services de chirurgie infantile et de chirurgie gynécologique. Enfin, si le CH de Lens est considéré comme un hôpital de pointe, les services de chirurgie infantile et de gynécologie seront conservés mais les services de premier recours seront supprimés, et dans ce cas où vont aller les patients ?

Avec ce projet d'organisation en trois niveaux, les hôpitaux vont forcément fermer des services et l'accès aux soins se dégrader.

**M. Bernard Jomier.** – Ce débat est au cœur de l'enjeu d'accès aux soins. Ainsi, à rebours de la logique de surconcentration des moyens spécialisés par les gros établissements, qui s'imposait depuis la loi HPST comme l'évolution naturelle du système de santé, vous choisissez d'amorcer un rééquilibrage en faveur de l'offre de proximité. Nous ne pouvons que nous en réjouir.

Mais si nous souscrivons aux grandes orientations, nous débattons du contenu plus précis des missions des hôpitaux de proximité. Car ces enjeux sont importants et ils ne sont pas seulement techniques, ils sont éminemment politiques. Renvoyer l'intégralité de la définition de ces hôpitaux à la voie réglementaire, tel que vous entendiez le faire dans le projet de loi initial,

n'était pas acceptable. Vous avez précisé votre projet, nous proposerons également d'y apporter un certain nombre d'éléments.

Parmi nos propositions figure celle visant l'obstétrique. C'est un enjeu majeur de maintien d'une offre de natalité sur l'ensemble de notre territoire, dont les inégalités en la matière sont criantes. Je me permets d'insister sur l'enjeu de l'accès aux plateaux techniques pour des professionnels libéraux extérieurs. En effet les acteurs nous alertent sur des difficultés que peuvent éprouver notamment les sages-femmes libérales pour accéder à ces plateaux, limitant malheureusement leur activité.

Enfin, l'article 8 ne peut pas être considéré séparément de l'article 9, par lequel vous nous demandez de vous confier un blanc-seing concernant les régimes d'autorisations des activités de soins. Il n'est pas acceptable pour des parlementaires que des ordonnances traitent de ces sujets.

**M. Guillaume Gontard.** – Le recours aux ordonnances témoigne de la volonté du Gouvernement d'exclure le Parlement d'un débat pourtant central, qui touche à une mission d'intérêt général : le maillage du territoire par le service public de santé.

La révision de la carte hospitalière en trois niveaux laisse présager une restructuration des hôpitaux par la fermeture, au sein des petites structures hospitalières, de différents services de soins spécialisés. Pour citer quelques exemples, il n'est nullement proposé, comme critère de définition des hôpitaux de proximité, l'accès à des services de maternité, de chirurgie et d'obstétrique. Certains centres de maternités seront transformés en centres de périnatalité, où ne sont pas réalisés des actes d'accouchements. Votre vision est purement comptable : cette réorganisation n'a qu'un but : réduire les coûts. Cette métropolisation est discriminatoire : elle oppose les habitants des villes à ceux des champs qui devront parcourir plusieurs kilomètres pour une urgence ou un accouchement.

Récemment, dans mon département, la maternité de Die a fermé.

Emmanuel Macron s'est engagé, le 25 avril dernier, à ce qu'il n'y ait plus de fermeture d'hôpital ni de maternité d'ici à la fin du quinquennat, mais le mal est déjà fait. Vous ne fermerez plus d'hôpitaux. Vous en faites des coquilles vides.

**M. Dominique Théophile.** – L'article 8 définit le périmètre d'intervention des hôpitaux de proximité en leur fixant des missions socles, principalement la médecine, l'imagerie et la biologie, mais également des missions spécialisées jusqu'à la petite chirurgie pouvant rendre ces établissements attrayants aux yeux des médecins spécialistes. Il leur ouvre également la possibilité de se voir autoriser d'autres activités optionnelles comme les soins de suite et de réadaptation ainsi que les soins palliatifs grâce aux équipes mobiles.

Pour autant, il est à craindre que bon nombre d'établissements, notamment les ex-hôpitaux locaux qui, pour nombre d'entre eux, bénéficiaient historiquement de l'activité de médecine, activité qui avait été supprimée pour des raisons de réduction des dépenses, ne puissent bénéficier de la réforme du projet de loi santé, en dépit de leur grande utilité dans l'organisation de notre système de santé.

Les conditions imposées par l'article 8 font de la médecine l'activité socle obligatoire sans laquelle plus d'un tiers des ex-hôpitaux locaux ne remplissant pas cette condition, puisque cette activité leur a été pour certains supprimée, se trouveront *de facto* exclus de la réforme.

Serait-il possible d'imaginer que des établissements démunis d'activité de médecine pour les raisons évoquées précédemment, mais ayant une activité de soins de suite principale puissent valablement postuler à cette labélisation et participer de la sorte aux missions d'un hôpital de proximité quand ils y sont prêts ?

C'est le cas du centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau, dont les activités de médecine ont été supprimées pour les raisons déjà évoquées. Cet établissement public de santé vient d'être reconstruit pour plus de 85 millions d'euros d'investissement, il est situé dans un bassin de vie sur trois communes comptabilisant environ 60 000 habitants et présente toutes les garanties d'accueil, mais souffre visiblement d'un déficit d'autorisation d'activité pour remplir l'ensemble de ses lits et rendre un service efficace à la population.

Je souhaiterais connaître les garanties qui peuvent être apportées quant à l'avenir de ces établissements.

**M. Yves Daudigny.** – La notion d'établissement public de santé a été introduite par la loi du 31 juillet 1991 pour remplacer celle d'hôpitaux et hospices publics. Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, publié en juin 2018, plaide pour la création d'établissements de santé communautaire de proximité : « Les missions de ces structures en continuité de la prise en charge des médecins de ville lors de situations de rupture nécessitant un plateau technique léger (radiologie, biologie) et/ou un hébergement sont spécifiques. Ils seront animés et gérés par des médecins généralistes, en lien direct avec le secteur ambulatoire notamment les CPTS. L'admission des patients serait facilitée par un lien direct entre leur médecin traitant et le médecin généraliste de l'établissement afin de fluidifier les parcours des patients notamment des personnes âgées ».

Les hôpitaux gèrent des situations graves ; ils privilégient les plateaux techniques lourds. Identifier un niveau intermédiaire spécifique, type établissement de santé de proximité, en lieu et place de la dénomination hôpital de proximité, permet de clarifier les niveaux de recours au sein de l'organisation du système de santé, et donne de la visibilité dans le parcours de soins en

cohérence avec la gradation des niveaux de recours ambulatoires.

**Mme Victoire Jasmin.** – En Guadeloupe, nous avons beaucoup de médecins en grande souffrance. Les hôpitaux de proximité, j'espère, répondront aux critères que vous préconisez. Il faut y veiller : c'est une justice d'aménagement du territoire. Le caractère insulaire de la Guadeloupe confronte ce territoire à des difficultés spécifiques en matière d'accès aux soins : les pertes de chance sont réelles, surtout alors que le centre hospitalier de Guadeloupe a été détruit par un incendie.

**Mme la présidente.** – Amendement n°309, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

**Mme Laurence Cohen.** – L'article 8 risque de conduire à la création d'hôpitaux de seconde zone, sans spécialités. Ce seront des coquilles vides. Pensez-vous qu'ils attireront les jeunes médecins, aux conditions d'installation desquels le Sénat s'est montré si sensible hier ? Je ne le crois pas.

Depuis trente ans, nous affaiblissons l'hôpital public et fermons des maternités.

Le maillage des hôpitaux de proximité doit être non seulement maintenu, mais développé. Notre conception de l'hôpital de proximité est toute autre : il doit comporter un service d'urgence, une maternité de niveau 1, un service de médecine et de chirurgie. C'est peut-être aux chirurgiens de se déplacer, non aux établissements de fermer.

*L'amendement n°355 rectifié n'est pas défendu.*

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°773 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 et Reichardt, Mme Imbert, MM. Bonhomme et Karoutchi, Mme Lassarade et MM. de Nicolaÿ, Chatillon et Magras.

**M. Daniel Gremillet.** – En l'état, le projet de réorganisation des soins hospitaliers dans les territoires recouvre de trop nombreux périls, en particulier celui de la remise en cause d'un égal accès aux soins pour tous et dans tous les territoires, pour être acceptable. Nous craignons d'affaiblir encore l'offre de soins dans nos territoires.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous regrettons le renvoi aux ordonnances sur ce sujet. Je comprends donc les inquiétudes exprimées. La suppression de l'article ne ferait pas cependant constituer une solution raisonnable : la réforme, en effet, est nécessaire. En outre, si nous le supprimons, nous ne pourrions discuter de cet article avec l'Assemblée nationale, ni travailler sur le périmètre des ordonnances.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – C'est un article pivot du projet de loi. Je suis consciente que les ordonnances sont mal perçues.

Grâce à une concertation aussi rapide que possible, j'ai pu inscrire dans le dur les missions des hôpitaux de proximité : l'ordonnance se limite à la gouvernance, la question du financement étant renvoyée au débat sur le PLFSS.

Le fonds de soin des hôpitaux de proximité doit être adapté aux territoires et aux besoins. Ce projet de loi a été enrichi, depuis son passage à l'Assemblée nationale. J'ai demandé à la HAS une liste des actes chirurgicaux pouvant être réalisés dans les hôpitaux n'ayant pas de salle de réveil. Ont ainsi été admis des centres de périnatalité de proximité. L'hôpital de Pont-Audemer, qui est exemplaire, a un service d'urgence. C'est un enjeu de revitalisation des territoires. Le lien entre ville et hôpital s'en trouvera renforcé. Avis défavorable à ces amendements de suppression.

**M. Michel Amiel.** – Les hôpitaux de proximité sont une chance pour nos territoires. Trop d'hôpitaux locaux de petite taille sont dangereux pour les patients car ils ne réalisent pas suffisamment d'actes.

Ce dispositif permet de décroquer la ville et l'hôpital, notamment pour les soins de suite et les consultations avancées. Le financement est repoussé au projet de loi de financement de la sécurité sociale et la gouvernance est renvoyée aux ordonnances, ce qui n'est certes pas très emballant.

Néanmoins, il serait extrêmement regrettable de supprimer cet article.

**M. Bernard Jomier.** – Le recours aux ordonnances pose problème pour les articles 8 et 9 qui touchent au cœur de l'offre de soins. C'est une question politique.

Les députés ont apporté des précisions sur les habilitations de l'article 8, mais de manière très hétérogène.

Il faudrait que les deux assemblées puissent travailler ensemble au cours d'une véritable navette parlementaire pour s'entendre sur la définition des hôpitaux de proximité. Là, nous sommes en quelque sorte face à une injonction contradictoire : définir le contenu, mais sans être exhaustif ni trop précis...

Nous n'allons néanmoins pas voter les amendements de suppression. Nous avons déposé dix amendements sur l'article sans guère d'espoir, toutefois, d'aboutir à un accord. Mais cette façon de procéder n'est pas la bonne, qui dépossède les parlementaires d'un sujet de cette importance.

**M. Daniel Gremillet.** – Je fais confiance à notre rapporteur et je retire mon amendement, mais je souhaite que soient apportées des précisions sur les missions des hôpitaux de proximité.

Nous sommes nombreux à y avoir été opérés et nombreux sont ceux qui peuvent témoigner qu'on y fait du bon travail : ne laissons pas croire que ces

établissements sont de niveau médiocre ! Je défendrai des amendements pour encadrer le champ des ordonnances.

*L'amendement n°773 rectifié est retiré.*

**M. Victorin Lurel.** – Je suis quelque peu torturé. Voter dans ces conditions est crispant. Le groupe socialiste va s'abstenir, cela vient d'être dit.

Président de région, j'ai participé à la création de l'hôpital Capesterre-Belle-Eau, en Guadeloupe, flambant neuf, avec un plateau technique de qualité et des soins de suite. La région y a investi près de six millions et demi d'euros, alors même que cela n'entre pas dans ses compétences. De même, l'hôpital Maurice Selbonne à Bouillante mérite d'être hôpital de proximité, tout comme celui de Côte-sous-le-Vent, région déshéritée avec 44 % de chômeurs et aucun transport collectif, ou celui de Marie Galante, également doté d'équipements lourds, de scanners, alors que la chambre régionale des comptes fait des remarques....

Allez-vous faire disparaître des hôpitaux en zone sous-dense, et les transformer en Ehpad, avec de graves problèmes d'accès aux soins ? Je suis inquiet, mon abstention est négative.

**Mme Laurence Cohen.** – Oui, la ministre est paradoxale. Elle dit avoir besoin de débat, mais où est-il, avec le large recours aux ordonnances ? Depuis lundi, nous arrivons à peine à amender le texte dont il est interdit de s'éloigner de la philosophie. Il y a une certaine connivence entre le Gouvernement et la majorité de la commission des affaires sociales (*On le conteste sur plusieurs bancs à droite.*), ce qui réduit l'espace pour modifier le texte.

Hier, nos collègues ont défendu passionnément leur territoire.

Malgré cela, vous allez dévitaliser l'hôpital de proximité, avec quelques concessions à l'Assemblée nationale. Et la commission déclare faire confiance au Gouvernement... C'est au mieux de la naïveté !

Nous maintenons notre amendement de suppression, par égard pour le débat que nous portons ici et pour ce qui se passe dans nos territoires : le personnel hospitalier se mobilise, les grèves se multiplient, il y a urgence ! C'est un signe de ras-le-bol généralisé et un cri d'alarme dont personne ici ne fait cas.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Mais si !

**Mme Élisabeth Doineau.** – Bien évidemment, je ne voterai pas l'amendement de suppression. Mais je veux rappeler quelques points de vigilance. Les hôpitaux de proximité sont à la fois une opportunité de qualification et une menace de déclassement pour les établissements qui ne seront pas labellisés. Il faut donc des assurances.

Il faudra préciser le lien avec les soins primaires, la place de ces hôpitaux dans les GHT avec lesquels ils



ne doivent pas se confondre. Il faudra surtout des garanties sur le maintien d'une gouvernance autonome. Veillons à la réaction des territoires !

**M. Daniel Chasseing.** – Les hôpitaux de proximité ne sauraient être des hôpitaux périphériques. Ils jouent un rôle essentiel de structuration du territoire. Dans certains cas, il faudra conserver un service d'urgence. Ils doivent être complémentaires de l'offre libérale...

**Mmes Laurence Cohen et Michelle Gréaume.** – Ah !

**M. Daniel Chasseing.** –... et devront entretenir des relations très étroites avec le GHT et le CHU, étant donné leur importante mission de formation en médecine générale. Il conviendra enfin que l'État leur amène des médecins adjoints pour intervenir en zone sous-dense.

*À la demande du groupe CRCE, l'amendement n°309 est mis aux voix par scrutin public.*

**Mme la présidente.** – Voici le résultat du scrutin n°140 :

Nombre de votants.....	341
Nombre de suffrages exprimés.....	265
Pour l'adoption.....	33
Contre.....	232

*Le Sénat n'a pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Nous avons examiné 192 amendements au cours de la journée ; il en reste 272.

*Prochaine séance aujourd'hui, jeudi 6 juin 2019, à 10 h 45.*

*La séance est levée à 1 h 45.*

**Jean-Luc Blouet**

*Direction des comptes rendus*

## Annexes

*Ordre du jour du jeudi 6 juin 2019*

### Séance publique

#### À 10 h 45

Présidence :

M. Jean-Marc Gabouty, vice-président

Secrétaires :

Mme Catherine Deroche - M. Victorin Lurel

1. Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (texte de la commission, n° 525, 2018-2019)

#### À 15 heures

Présidence :

M. Gérard Larcher, président

2. Questions d'actualité au Gouvernement

#### À 16 h 15 et le soir

Présidence :

M. David Assouline, vice-président,  
M. Philippe Dallier, vice-président

3. 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)

*Analyse des scrutins publics*

**Scrutin n°137** sur l'amendement n°168 rectifié *quinquies*, présenté par M. Jean-Pierre Moga et plusieurs de ses collègues, tendant à insérer un article additionnel après l'article 4 *ter* du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

**Résultat du scrutin**

Nombre de votants :	342
Suffrages exprimés :	246
Pour :	38
Contre :	208

Le Sénat n'a pas adopté

**Analyse par groupes politiques****Groupe Les Républicains (144)**

Pour : 16 - MM. Jean Bizet, René Danesi, Laurent Duplomb, Jacques Genest, Daniel Gremillet, Charles Guené, Dominique de Legge, Didier Mandelli, Mme Patricia Morhet-Richaud, M. Louis-Jean de Nicolaÿ, Mme Sylviane Noël, MM. Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspart

Contre : 120

Abstentions : 6 – Mmes Anne-Marie Bertrand, Vivette Lopez, MM. Jean-François Mayet, Albéric de Montgolfier, Rémy Pointereau, Mme Catherine Troendlé

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, président du Sénat, M. Bernard Fournier

**Groupe SOCR (72)**

Abstentions : 72

**Groupe UC (51)**

Pour : 12 - MM. Olivier Cigolotti, Jean-Marie Janssens, Mme Sophie Joissains, M. Nuihau Laurey, Mme Anne-Catherine Loisiert, MM. Jean-François Longeot, Pierre Louault, Jean-Marie Mizzon, Jean-Pierre Moga, Mmes Évelyne Perrot, Denise Saint-Pé, Sylvie Vermeillet

Contre : 39

**Groupe LaREM (23)**

Contre : 23

**Groupe du RDSE (23)**

Pour : 10 - MM. Alain Bertrand, Henri Cabanel, Jean-Pierre Corbisez, Ronan Dantec, Éric Jeansannetas, Joël Labbé, Mme Françoise Laborde, MM. Jean-Claude Requier, Jean-Yves Roux, Raymond Vall

Contre : 11

Abstentions : 2 - MM. Stéphane Artano, Jean-Marc Gabouty

**Groupe CRCE (16)**

Abstentions : 16

**Groupe Les Indépendants (13)**

Contre : 13

**Sénateurs non inscrits (6)**

Contre : 2

N'ont pas pris part au vote : 4 – Mmes Christine Herzog, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

**Scrutin n°138** sur l'amendement n°122 rectifié *bis*, présenté par Mme Marie-Pierre Monier et plusieurs de ses collègues, à l'article additionnel après l'article 4 *ter* du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

**Résultat du scrutin**

Nombre de votants :	342
Suffrages exprimés :	268
Pour :	48
Contre :	220

Le Sénat n'a pas adopté

**Analyse par groupes politiques**

**Groupe Les Républicains (144)**

Pour : 16 - MM. Jean Bizet, René Danesi, Laurent Duplomb, Jacques Genest, Daniel Gremillet, Charles Guené, Dominique de Legge, Didier Mandelli, Mme Patricia Morhet-Richaud, M. Louis-Jean de Nicolaÿ, Mme Sylviane Noël, MM. Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspart

Contre : 120

Abstentions : 6 – Mmes Anne-Marie Bertrand, Vivette Lopez, MM. Jean-François Mayet, Albéric de Montgolfier, Rémy Pointereau, Mme Catherine Troendlé

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, président du Sénat, M. Bernard Fournier

**Groupe SOCR (72)**

Pour : 22 - M. Maurice Antiste, Mmes Maryvonne Blondin, Catherine Conconne, MM. Roland Courteau, Alain Duran, Jean-Luc Fichet, Patrice Joly, Mme Gisèle Jourda, M. Éric Kerrouche, Mme Claudine Lepage, MM. Christian Manable, Didier Marie, Rachel Mazuir, Mmes Michelle Meunier, Marie-Pierre Monier, Marie-Françoise Perol-Dumont, MM. Jean-Pierre Sueur, Rachid Temal, Jean-Claude Tissot, Mme Nelly Tocqueville, MM. Jean-Louis Tourenne, Yannick Vaugrenard

Abstentions : 50

**Groupe UC (51)**

Contre : 51

**Groupe LaREM (23)**

Contre : 23

**Groupe du RDSE (23)**

Pour : 10 - MM. Alain Bertrand, Henri Cabanel, Jean-Pierre Corbisez, Ronan Dantec, Éric Jeansannetas, Joël Labbé, Mme Françoise Laborde, MM. Jean-Claude Requier, Jean-Yves Roux, Raymond Vall

Contre : 11

Abstentions : 2 - MM. Stéphane Artano, Jean-Marc Gabouty

**Groupe CRCE (16)**

Abstentions : 16

**Groupe Les Indépendants (13)**

Contre : 13

**Sénateurs non inscrits (6)**

Contre : 2

N'ont pas pris part au vote : 4 – Mmes Christine Herzog, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

**Scrutin n°139** sur l'amendement n°346 rectifié, présenté par Mme Laurence Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, tendant à insérer un article additionnel après l'article 4<sup>ter</sup> du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

#### **Résultat du scrutin**

Nombre de votants :	341
Suffrages exprimés :	261
Pour :	42
Contre :	219

Le Sénat n'a pas adopté

#### **Analyse par groupes politiques**

##### **Groupe Les Républicains (144)**

Pour : 16 - MM. Jean Bizet, René Danesi, Laurent Duplomb, Jacques Genest, Daniel Gremillet, Charles Guené, Dominique de Legge, Didier Mandelli, Mme Patricia Morhet-Richaud, M. Louis-Jean de Nicolaÿ, Mme Sylviane Noël, MM. Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspart

Contre : 119

Abstentions : 6 – Mmes Anne-Marie Bertrand, Vivette Lopez, MM. Jean-François Mayet, Albéric de Montgolfier, Rémy Pointereau, Mme Catherine Troendlé

N'ont pas pris part au vote : 3 - M. Gérard Larcher, président du Sénat, M. Bernard Fournier, Mme Colette Giudicelli

##### **Groupe SOCR (72)**

Abstentions : 72

##### **Groupe UC (51)**

Contre : 51

##### **Groupe LaREM (23)**

Contre : 23

##### **Groupe du RDSE (23)**

Pour : 10 - MM. Alain Bertrand, Henri Cabanel, Jean-Pierre Corbisez, Ronan Dantec, Éric Jeansannetas, Joël Labbé, Mme Françoise Laborde, MM. Jean-Claude Requier, Jean-Yves Roux, Raymond Vall

Contre : 11

Abstentions : 2 - MM. Stéphane Artano, Jean-Marc Gabouty

##### **Groupe CRCE (16)**

Pour : 16

##### **Groupe Les Indépendants (13)**

Contre : 13

##### **Sénateurs non inscrits (6)**

Contre : 2

N'ont pas pris part au vote : 4 – Mmes Christine Herzog, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

**Scrutin n°140** sur l'amendement n°309, présenté par Mme Laurence Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, tendant à supprimer l'article 8 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

#### **Résultat du scrutin**

Nombre de votants :	341
Suffrages exprimés :	265
Pour :	33
Contre :	232

Le Sénat n'a pas adopté

#### **Analyse par groupes politiques**

##### **Groupe Les Républicains (144)**

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, président du Sénat, Mme Catherine Troendlé, présidente de séance

##### **Groupe SOCR (72)**

Abstentions : 72

##### **Groupe UC (51)**

Pour : 1 – Mme Nadia Sollogoub

Contre : 49

Abstention : 1 – Mme Michèle Vullien

##### **Groupe LaREM (23)**

Contre : 23

##### **Groupe du RDSE (23)**

Pour : 16

Contre : 4 – Mme Nathalie Delattre, M. Jean-Marc Gabout, Mme Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstentions : 3 - M. Alain Bertrand, Mme Josiane Costes, M. Jean-Noël Guérini

##### **Groupe CRCE (16)**

Pour : 16

##### **Groupe Les Indépendants (13)**

Contre : 13

##### **Sénateurs non inscrits (6)**

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 – Mmes Christine Herzog, Claudine Kauffmann, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

#### *Nomination des membres de CMP*

Les représentants du Sénat à la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du **projet de loi portant création d'une taxe sur les services numériques et modification de la trajectoire de baisse de l'impôt sur les sociétés** sont :

Titulaires : M. Vincent Éblé, M. Albéric de Montgolfier, Mme Christine Lavarde, M. Jean-François Husson, M. Bernard Delcros, Mme Sophie Taillé-Polian, M. Julien Bargeton.

Suppléants : M. Thierry Carcenac, M. Philippe Dallier, M. Vincent Delahaye, M. Sébastien Meurant, M. Jean-François Rapin, M. Jean-Claude Requier, M. Pascal Savoldelli.

Les représentants du Sénat à la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du **projet de loi pour une école de la confiance** sont :

Titulaires : Mme Catherine Morin-Desailly, M. Max Brisson, M. Jacques Gasperrin, Mme Laure Darcos, Mme Maryvonne Blondin, Mme Marie-Pierre Monier, M. Antoine Karam.

Suppléants : Mme Céline Brulin, Mme Françoise Laborde, M. Laurent Lafon, M. Philippe Mouiller, M. Olivier Paccaud, M. Stéphane Piednoir, Mme Sylvie Robert.

Les représentants du Sénat à l'éventuelle commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du **projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé** sont :

Titulaires : M. Alain Milon, Mme Martine Berthet, Mme Corinne Imbert, M. Yves Daudigny, M. Bernard Jomier, Mme Élisabeth Doineau, M. Michel Amiel.

Suppléants : Mme Laurence Cohen, Mme Chantal Deseyne, Mme Nadine Grelet-Certenais, Mme Véronique Guillotin, M. René-Paul Savary, M. Jean Sol, M. Jean-Marie Vanlerenberghe.