

MERCREDI 17 FÉVRIER 2021

Questions d'actualité

Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (*Procédure accélérée*)

SOMMAIRE

QUESTIONS D'ACTUALITÉ.....	1
« Zones sans contrôle » (I)	1
M. Dany Wattebled	1
M. Jean Castex, Premier ministre	1
Réforme des études de médecine	1
Mme Catherine Deroche	1
Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation	1
« Zones sans contrôle » (II)	2
M. Michel Laugier	2
M. Gérald Darmanin, ministre de l'intérieur	2
Situation sociale des étudiants	2
M. Pierre Ouzoulias	2
Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation	2
Économie sociale et solidaire	3
M. Frédéric Marchand	3
Mme Olivia Gregoire, secrétaire d'État, chargée de l'économie sociale, solidaire et responsable	3
Cyberattaque contre l'hôpital de Dax	3
M. Éric Kerrouche	3
M. Cédric O, secrétaire d'État, chargé de la transition numérique et des communications électroniques	4
Soutien aux associations	4
M. Christian Bilhac	4
Mme Olivia Gregoire, secrétaire d'État, chargée de l'économie sociale, solidaire et responsable	4
Centrale biomasse de Gardanne	4
M. Guy Benarroche	4
Mme Barbara Pompili, ministre de la transition écologique	4
Conditions de visite dans les Ehpad	5
M. Jean-Marc Boyer	5
Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée, chargée de l'autonomie	5
Plafonnement des frais bancaires	5
M. Rémi Féraud	5
Mme Olivia Gregoire, secrétaire d'État, chargée de l'économie sociale, solidaire et responsable	6
« Zones sans contrôle » (III)	6
M. Stéphane Le Rudulier	6
M. Gérald Darmanin, ministre de l'intérieur	6

Projet de contournement Est de Rouen	6
M. Pascal Martin	6
Mme Barbara Pompili, ministre de la transition écologique	7
Sommet du G5 Sahel	7
M. Bernard Fournier	7
M. Clément Beaune, secrétaire d'État, chargé des affaires européennes	7
Effectifs de l'Éducation nationale	7
Mme Claudine Lepage	7
M. Jean-Michel Blanquer, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports	7
Canal du Midi	8
M. Alain Chatillon	8
M. Jean Castex, Premier ministre	8
Siège du Parlement de Strasbourg	8
Mme Elsa Schalck	8
M. Clément Beaune, secrétaire d'État, chargé des affaires européennes	9
AVIS SUR UNE NOMINATION	9
ÉCHEC EN CMP	9
MISSIONS D'INFORMATION (Nominations)	9
AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION (Procédure accélérée)	9
Discussion générale	9
M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé	9
M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales	10
Question préalable	11
Mme Laurence Cohen	11
Renvoi en commission	12
Mme Monique Lubin	12
Discussion générale (Suite)	13
Mme Véronique Guillotin	13
Mme Cathy Apourceau-Poly	13
Mme Élisabeth Doineau	14
M. Bernard Jomier	14
M. Stéphane Ravier	15
M. Daniel Chasseing	15
Mme Raymonde Poncet Monge	16
M. Dominique Théophile	16
Mme Corinne Imbert	16
Mme Émilienne Poumirol	17
M. Bernard Bonne	17
Mme Florence Lassarade	17

Discussion des articles	18
ARTICLE PREMIER (<i>Supprimé</i>)	18
ARTICLES ADDITIONNELS après l'article premier (<i>Supprimé</i>)	19
ARTICLE PREMIER <i>BIS</i>	21
M. Jean-François Longeot	21
M. Michel Canevet	21
ARTICLE PREMIER <i>TER</i>	23
Chapitre II	23
ARTICLES ADDITIONNELS avant l'article 2	24
ARTICLE ADDITIONNEL après l'article 2	25
ARTICLE 2 <i>BIS</i>	25
ARTICLE 2 <i>QUATER</i>	26
ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 2 quater	26
ARTICLE 2 <i>QUINQUIES A</i>	27
ARTICLE 2 <i>QUINQUIES B</i> (<i>Supprimé</i>)	28
DÉCÈS D'UN ANCIEN SÉNATEUR	29
AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION (Procédure accélérée – Suite)	29
Discussion des articles (Suite)	29
ARTICLE 2 <i>QUINQUIES</i>	29
ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 2 <i>quinquies</i>	30
ARTICLE 3	34
ARTICLE ADDITIONNEL après l'article 3	34
ARTICLE 4	35
ARTICLE 4 <i>BIS</i> (<i>Supprimé</i>)	35
ARTICLE 4 <i>TER</i>	36
ARTICLE ADDITIONNEL après l'article 4 <i>ter</i>	37
ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 4 <i>quater</i> (<i>Supprimé</i>)	37
ARTICLE 5	38
Mme Michelle Meunier	38
ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 5	43
ARTICLE 5 <i>BIS</i>	44
ARTICLE 6	47
ARTICLE 6 <i>BIS</i>	48
ARTICLE 7 (<i>Suppression maintenue</i>)	48
ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 7 (<i>Suppression maintenue</i>)	49
ARTICLE 7 <i>BIS</i>	51
Mme Émilienne Poumirol	51
ANNEXES	53
Ordre du jour du jeudi 18 février 2021	53

SÉANCE du mercredi 17 février 2021

63^e séance de la session ordinaire 2020-2021

PRÉSIDENCE DE M. GÉRARD LARCHER

SECRÉTAIRES :
MME EUSTACHE-BRINIO, M. JEAN-CLAUDE TISSOT.

La séance est ouverte à 15 heures.

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

Questions d'actualité

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

Je vous rappelle que la séance est retransmise en direct sur Public Sénat et sur notre site internet.

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

« Zones sans contrôle » (I)

M. Dany Wattebled. – (*Applaudissements sur les travées du groupe INDEP*) Alors que la République se bat pour maintenir son autorité sur le territoire, alors que nos forces de l'ordre font face à l'augmentation de la délinquance et de la violence, alors que les Français subissent au quotidien les conséquences de l'insécurité, la Défenseure des droits a l'idée saugrenue de proposer d'expérimenter des zones sans contrôle d'identité. C'est ahurissant !

Pourquoi pas des zones sans policiers, sans pompiers, sans droit ? La France ne souffre pas d'un trop grand respect de la loi. Le problème, c'est le désordre et l'insuffisante application de la loi.

La Défenseure des droits doit défendre le droit ! Y compris celui de vivre en sécurité. Les Français savent que les forces de l'ordre peinent à intervenir dans certains quartiers. Ils ne demandent nullement moins de police.

La discrimination n'a pas sa place dans notre République. Mais une République à deux vitesses, comme le propose la Défenseure des droits, c'est insupportable. Sa proposition laisse entendre que les contrôles d'identité seraient forcément réalisés au faciès.

Policiers et gendarmes remplissent leurs missions avec exemplarité et ceux qui manquent à leur devoir sont sévèrement punis. Ils ont tout notre soutien.

Pouvez-vous nous confirmer que cette expérimentation n'aura pas lieu ? Car il est vital d'assurer l'autorité de l'État dans tous les territoires de notre République. (*Applaudissements sur les travées du groupe INDEP*)

M. Jean Castex, Premier ministre. – La Défenseure des droits est une autorité administrative indépendante qui formule des préconisations. Le Gouvernement est aussi indépendant de la Défenseure des droits. (*Exclamations amusées*)

M. Jérôme Bascher. – Très bien !

M. Jean Castex, Premier ministre. – Avec tout le respect qui est dû à cette institution, je le dis solennellement, il n'y a pas et il n'y aura pas de zones sans contrôle d'identité dans les territoires de la République. (*Vifs applaudissements sur les travées des groupes INDEP, RDSE, UC et Les Républicains*)

Réforme des études de médecine

Mme Catherine Deroche. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*) Nous le savions bien : la fin du *numerus clausus* n'était pas la fin de la sélection. Les murs des universités ne sont pas extensibles, non plus que le nombre d'enseignants chargés de la formation.

La loi de 2019 promettait de mettre fin au gâchis des abandons après redoublement, en assurant un parcours équitable entre les différentes voies d'accès. Le nombre de postes devait être défini en lien avec les ARS. Or, en cette année particulière, les espoirs laissent place au désarroi et à l'angoisse pour les étudiants en médecine, car le flou persiste sur le nombre de places réellement ouvertes.

Dans certaines facultés, elles seraient trustées par les redoublants... Il faut tenir compte des territoires. Qu'en est-il exactement, madame la ministre ?

Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. – Cette année pour la première fois, la Paces et le *numerus clausus* ont été supprimés. L'objectif est de diversifier les voies d'accès et de lutter contre la désertification médicale en autorisant les étudiants à débiter leurs études à proximité de leur lieu de résidence. Ainsi, 457 licences avec des mineures santé ont été ouvertes sur tout le territoire.

Le nombre de places en deuxième année est augmenté par rapport à l'an dernier. Les redoublants de la Paces ancienne version bénéficieront d'un nombre de places égal à la moyenne des trois dernières années. Pour les primo entrants, il y aura *a minima* un nombre de places conforme à la réussite moyenne des trois dernières années.

Enfin, pour ceux qui auront réussi leur première année de Parcours accès santé spécifique (PASS) ou de Licence accès santé (LAS), il y aura passage en deuxième année et deuxième chance pour accéder aux études de santé.

Mme Catherine Deroche. – Reste qu'il existe un problème de compréhension pour les étudiants, pour leurs familles, et jusqu'aux doyens ! La médecine est un métier de vocation. Espérons que la réforme ne sera pas moins bonne qu'espérée. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et sur quelques travées du groupe UC*)

« Zones sans contrôle » (II)

M. Michel Laugier. – (*Applaudissements sur les travées du groupe UC*) La ville de Trappes est à la une des médias. Pour avoir été maire d'une ville voisine, et président de la communauté d'agglomération dont Trappes fait partie, je suis meurtri par cette stigmatisation.

Grâce au plan Borloo et à l'ANRU, des centaines de millions d'euros ont été investis, des immeubles démolis puis reconstruits, nous avons des équipements publics flambant neufs. Pourtant, les problèmes demeurent et s'intensifient dans certains quartiers : une véritable pandémie avec un variant islamiste particulièrement nocif !

Il ne faut pas résumer Trappes à cela car un véritable travail est accompli sur le terrain par les représentants de l'État et les élus locaux. Nous ne voulons pas voir ces efforts anéantis par un professeur, un maire et par ceux qui surfent sur la vague pré-électorale.

Cette polémique éclate alors que l'on ne compte plus les flambées de violence un peu partout sur le territoire : à Besançon avec une agression raciste, à Montbéliard avec des actes de guérilla urbaine, à Paris avec l'agression du jeune Yuriy ou encore à Poissy avec un guet-apens.

Face à cette situation, la police semble dépassée.

Dans ce contexte, la Défenseure des droits a proposé l'expérimentation de zones sans contrôle d'identité, semant le doute sur l'engagement du Gouvernement à lutter contre la criminalité et l'insécurité.

Que compte faire le Gouvernement pour lutter contre les incivilités qui gangrènent nos territoires ? (*Applaudissements sur les travées du groupe UC*)

M. Gérald Darmanin, ministre de l'intérieur. – Il n'est pas question pour le Gouvernement de montrer du doigt une ville plus qu'une autre. Je sais combien tous ceux qui se mobilisent pour un territoire peuvent voir leurs efforts ruinés par un événement médiatique. Je suis moi-même élu d'un territoire difficile.

Ceux qui sont menacés, qu'il s'agisse d'un professeur, d'un maire ou de toute autre personne,

sont protégés par la République et il ne nous appartient pas de trancher un différend politique.

Quand l'islamisation gagne, la République doit être présente, ce que font Jean-Michel Blanquer avec l'éducation nationale et Emmanuelle Wargon avec l'ANRU. Et nous y travaillerons ensemble prochainement sur le projet de loi relatif au séparatisme.

Vous dites que les policiers semblent dépassés. Non, c'est toujours la police qui gagne : ce fut le cas à Paris, à Besançon, à Valence et à Poissy. Certes, les territoires de la République sont parfois attaqués, mais l'autorité restera au cœur du pacte républicain. (*Applaudissements sur les travées du RDPI et sur quelques travées du groupe UC*)

Situation sociale des étudiants

M. Pierre Ouzoulias. – Monsieur le Premier ministre, vous répondez souvent aux questions concernant l'université. Aussi est-ce à vous que j'adresse ma question.

Les étudiants ont faim. Nous sommes nombreux dans cet hémicycle à participer à des collectes alimentaires d'urgence pour leur apporter des moyens de subsistance dont beaucoup sont cruellement privés. Avant le Covid, près de la moitié des étudiants travaillaient. Aujourd'hui, la très grande majorité est désormais privée de ces emplois. Le Gouvernement a annoncé la prorogation de la prime pour les salariés intermittents ; 160 000 jeunes de moins de 30 ans vont en bénéficier.

« Les étudiants doivent avoir les mêmes droits que les salariés », a dit le Président de la République. Pourquoi les ont-ils été exclus de ce dispositif ?

Le Gouvernement a annoncé une prime de 1 000 euros pour aider les jeunes à payer leur loyer, prime qui pourra bénéficier aux apprentis en alternance. Pourquoi les étudiants ont-ils été exclus de ce dispositif ?

Pourquoi la politique du « quoi qu'il en coûte » s'est-elle arrêtée systématiquement à la porte des campus ? (*Applaudissements sur les travées des groupes CRCE et SER et sur plusieurs travées du groupe Les Républicains*)

Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. – J'ai déjà rappelé la semaine dernière toutes les mesures prises au plus près des étudiants, notamment sur les questions alimentaires.

Les étudiants seraient exclus du plan « un jeune, une solution » ? Faux : ils en font partie ! (*On le conteste sur diverses travées.*)

Les étudiants en apprentissage sont bien sûr éligibles aux aides, comme tous les apprentis ; *idem* pour les jeunes diplômés, que nous accompagnons. Du reste leur taux d'embauche en CDI ou en CDD de

plus de trois mois est sensiblement le même en 2020 qu'en 2018 et 2019.

Les étudiants ne sont pas exclus des mesures mises en place par le Gouvernement. (*Vives protestations sur les travées des groupes CRCE, SER et Les Républicains*)

Mme Éliane Assassi. – Bien sûr que si !

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Eh non, vraiment pas ! Vous, vous voyez les files d'attente à la télévision ; il se trouve que moi, j'y vais ! (*Exclamations courroucées sur la plupart des travées*)

M. Jérôme Bascher. – Nous aussi !

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Dans ces files d'attente, on trouve des jeunes, notamment des étudiants internationaux. C'est pourquoi nous avons doublé les aides à destination des étudiants. Quelque 1,5 million de repas à un euro sont servis dans les établissements.

Nous continuerons à soutenir les jeunes pendant la crise, étudiants compris. (*Applaudissements sur les travées du RDPI*)

M. Pierre Ouzoulias. – Vous n'avez répondu à aucune de mes trois questions. (*Vifs applaudissements sur les travées des groupes CRCE, SER et Les Républicains*) Peut-être devriez-vous demander au CNRS de lancer une enquête ? (*Rires et applaudissements sur les mêmes travées*)

Près de 40 % des étudiants ne sont pas revenus à l'université : ce n'est pas qu'ils préfèrent les cours à distance ! Je crains bien qu'ils ne reviennent jamais. Pour éviter le désastre, le Gouvernement doit agir maintenant. (*Applaudissements prolongés sur les mêmes travées*)

Économie sociale et solidaire

M. Frédéric Marchand. – L'économie sociale et solidaire (ESS) représente 10 % du PIB et près de 2,5 millions de salariés. Dans les Hauts-de-France, ce sont 180 000 emplois pour 11 800 établissements. Ce sont des entreprises et des coopératives ancrées dans les territoires qui apportent des réponses innovantes à l'urgence sanitaire, alimentaire et éducative.

La crise actuelle souligne autant le rôle des acteurs de la solidarité aujourd'hui que le besoin de transformer, demain, le modèle économique en s'inspirant des pratiques et des valeurs de l'ESS. Dans l'après Covid, il faudra promouvoir la coopération et proposer des emplois décents.

Mais le monde de l'ESS est frappé par la crise : il y a urgence à sauver ce secteur, notamment les petites structures sur nos territoires. Madame la ministre, je sais que vous y êtes particulièrement sensible. Quelles mesures pour sauver le soldat ESS ? (*Applaudissements sur les travées du RDPI*)

Mme Olivia Gregoire, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargée de l'économie sociale, solidaire et responsable. – Oui, il y a urgence pour les entreprises et les structures de l'ESS. Tout le Gouvernement est à leurs côtés. Comme tous les acteurs économiques, elles ont été frappées de plein fouet par la crise mais sont aussi particulièrement sollicitées en cette période, alors qu'elles sont fragiles, tant en matière de trésorerie que de fonds propres.

Le fléau, c'est le non-recours aux aides : il faut expliquer à ces structures comment faire appel à nos mesures. J'attire votre attention sur le guichet unique « urgence-ess.fr ». Une subvention de 5 000 euros est accordée aux structures qui ont un à trois salariés ; de 8 000 euros pour celles de quatre à dix salariés. Le Gouvernement va augmenter le dispositif local d'accompagnement, avec 1,3 milliard d'euros dans le plan de relance.

Depuis le 22 janvier, date du lancement du guichet « urgence-ess.fr », nous avons reçu 5 291 demandes. Je serai prochainement dans le Nord pour écouter ces structures. (*Applaudissements sur les travées du RDPI*)

Cyberattaque contre l'hôpital de Dax

M. Éric Kerrouche. – (*Applaudissements sur les travées du groupe SER*) En pleine pandémie, le centre hospitalier de Dax Côte d'Argent a subi une cyberattaque massive, alors que son système informatique était conforme aux exigences réglementaires. De telles attaques sont désormais banales. Les médecins de Dax n'avaient plus accès aux dossiers des patients ; les calculs des doses de chimiothérapie ont dû être faits à la main.

Lors de ma visite, j'ai été impressionné par la mobilisation de tous les acteurs : leur engagement a été sans faille, ils ont permis le maintien du service public et limité les pertes de chances pour les patients.

La professionnalisation de ces attaques est incontestable. L'Agence nationale de la sécurité des systèmes informatiques (Anssi) signale une augmentation de 255 % de ce type d'attaques en 2020. Le secteur de la santé est particulièrement touché : ainsi le CHU de Bordeaux subit vingt cyberattaques par jour.

Les demandes de rançon peuvent atteindre 10 millions de dollars et les coûts de protection s'envolent.

Si l'ARS et l'Anssi ont vite été au chevet de l'hôpital de Dax, pouvez-vous me confirmer que l'établissement continuera à être aidé et accompagné ? Des moyens supplémentaires seront-ils alloués à l'Anssi pour lutter contre ces attaques ? Enfin, la coopération européenne sera-t-elle renforcée, avec des crédits supplémentaires pour l'Agence européenne chargée

de la sécurité des réseaux et de l'information ?
(Applaudissements sur les travées du groupe SER)

M. Cédric O, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance et de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, chargé de la transition numérique et des communications électroniques. – La France est sous la menace d'attaques informatiques, mais c'est aussi le cas d'autres pays : fin novembre, 400 hôpitaux américains ont subi une telle intrusion. En France, 27 attaques majeures d'hôpitaux ont été observées en 2020 ; depuis 2021, c'est une par semaine.

Je salue les équipes hospitalières mais aussi l'engagement des agents de l'Anssi auprès des hôpitaux - Dax, Villefranche-sur-Saône - pour les aider à faire face à la menace.

L'Anssi a vu ses effectifs augmenter de 200 ETP depuis 2017. Elle a accompagné les 110 plus grands hôpitaux pour renforcer leur sécurité informatique. Les collectivités territoriales doivent également être protégées. Le Président de la République prendra la parole sur le sujet dans les heures qui viennent.

Deux cybercriminels ont été arrêtés la semaine dernière, dont Egregor, qui avait attaqué *Ouest-France* fin novembre, grâce à une coopération française, américaine et européenne. Il faut s'en réjouir, mais nous devons continuer à nous mobiliser.
(Applaudissements sur les travées du RDPI)

Soutien aux associations

M. Christian Bilhac. – (Applaudissements sur les travées du RDSE) Depuis bientôt un an, le virus n'a pas épargné le secteur du loisir, sportif ou culturel. De multiples activités étaient proposées par les établissements privés, les communes et les associations. Chacun connaît le dévouement de ces bénévoles qui sacrifient leurs loisirs et leur vie de famille.

Avec la fermeture des lieux de pratique, les adhérents se sont retournés vers des activités individuelles, y compris numériques, et certains ont demandé le remboursement des cotisations, mettant les associations en difficulté financière.

Les dirigeants et les animateurs sont à bout de souffle. Ils sont désemparés et inquiets.

Fanfares, associations sportives, écoles de musique, clubs de théâtre, redémarreront-ils demain ? Ces activités sont le ciment de notre société, créant du lien social et du vivre ensemble. À l'heure des débats sur les séparatismes, elles sont essentielles.

Partagez-vous ces inquiétudes et que faire pour que ces structures ne disparaissent pas ?
(Applaudissements sur les travées du RDSE)

Mme Olivia Gregoire, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance,

chargée de l'économie sociale, solidaire et responsable. – Oui, trois fois oui, le Gouvernement partage vos préoccupations.

« Le moi des grandes âmes tend toujours à se faire collectif. » Cette phrase de Victor Hugo me vient à l'esprit.

Le Gouvernement accompagne les associations via les aides génériques, comme le fonds d'urgence de 30 millions d'euros, les 85 millions d'euros de renforcement des fonds propres par la Banque des territoires, l'abondement de 5 millions d'euros supplémentaires du fonds de développement de la vie associative, et une aide sectorielle de 60 millions d'euros pour les associations culturelles organisatrices de festivals, de théâtres, une hausse de 15 millions d'euros des crédits du Fonds de coopération de la jeunesse et de l'éducation populaire (Fonjep), 15 millions d'euros supplémentaires pour le fonds territorial de solidarité et autant dans le plan de soutien au sport.

Il faut faire connaître toutes ces dispositions aux associations.

Oui, le Gouvernement s'investit totalement. Nous recevrons, avec Jean Castex et Sarah El Haïry, les responsables du secteur associatif pour les écouter et les accompagner.

M. Christian Bilhac. – J'espère que vous aurez convaincu les bénévoles associatifs ; permettez-moi d'en douter.

Centrale biomasse de Gardanne

M. Guy Benarroche. – (Applaudissements sur les travées du GEST) Ma question porte sur la méga-centrale biomasse de Gardanne qui s'inscrit dans le cadre d'une conversion à la biomasse de la tranche 4 de la centrale à charbon de Provence, située sur les communes de Meyreuil et de Gardanne.

Depuis l'annonce de la fermeture de la tranche 5 charbon d'ici 2022, l'État tente de mettre en place un pacte de territoire pour l'avenir du site industriel qui inclurait la méga-centrale et des projets classés Seveso en plein cœur d'une zone urbanisée.

Le contrat prévoit de racheter l'énergie à trois fois le prix du marché pour 7 500 heures d'électricité par an. Ne serait-ce pas une subvention déguisée d'un milliard d'euros pendant la durée du contrat ?

L'État ne remet pas en cause son contrat avec l'industriel en dépit du non-respect de fourniture de kilowattheure par ce dernier. Pourquoi ne pas rendre public et rompre ce contrat ?

Mme Barbara Pompili, ministre de la transition écologique. – Le Président de la République s'est engagé à fermer les dernières centrales à charbon d'ici 2022. Mais il faut donner aux territoires concernés de nouvelles perspectives de développement.

À Gardanne, la solution n'est pas aisée : de nombreux emplois sont en jeu tant dans la centrale que chez les sous-traitants. Le contrat de rachat de l'énergie produite est classique ; il n'est pas spécifique à Gardanne, des dizaines d'autres centrales en bénéficient.

Des pénalités sont prévues mais, dans le cas de Gardanne, elles n'ont pas été appliquées entre 2018 et 2020 en raison de la longueur de la grève.

M. Guy Benarroche. – Madame la ministre, je vous ai posé une question écrite restée à ce jour sans réponse sur l'approvisionnement en bois des méga-centrales biomasse.

La question des boues rouges sur ce bassin industriel se pose toujours, de même que celle des méga-centrales bois. Une tribune dans *Le Monde* en témoigne.

J'attendais des précisions sur un contrat toujours opaque. Je m'interroge aussi sur le nouveau propriétaire EPH, dirigé par Daniel Kretinsky, propriétaire par ailleurs de nombreux médias français. (*Applaudissements sur les travées du GEST*)

Conditions de visite dans les Ehpad

M. Jean-Marc Boyer. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*) Le ressenti de nos aînés en Ehpad et de leurs familles est sans appel : leur solitude est mortifère. L'environnement familial et amical est leur raison de vivre ; être coupés de leurs proches est un calvaire. Que signifie voir ses proches vingt minutes tous les quinze jours et seulement deux personnes à la fois ? Certains disent préférer mourir du Covid que d'isolement.

Protéger, c'est aussi respecter la dignité humaine, accompagner la fin de vie. Protéger, c'est lutter contre le virus de la solitude. Vieillir enfermé entraîne un risque de glissement jusqu'à la mort, avec un refus de communiquer, de s'alimenter, de recevoir des soins.

Le tout-sanitaire n'a-t-il pas atteint ses limites ? Que proposez-vous pour briser cette situation mortifère ? (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*)

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie. – Merci pour votre question, sur un sujet éminemment humain.

Lors de la première vague, nous avons dû prendre des décisions difficiles face à un virus dont les victimes sont à 80 % des personnes âgées. J'ai constaté, sur le terrain, les conséquences dramatiques de ces mesures, les syndromes de glissement.

Désormais, nous connaissons mieux ce virus. J'ai donné comme orientation aux directeurs d'Ehpad de tenir une ligne de crête entre protection de nos aînés et maintien des contacts avec les proches. Nous

espérons que les tests salivaires faciliteront encore les visites.

En concertation avec les acteurs du secteur, que je consulte chaque semaine, nous avons mis en place des visites sur rendez-vous et facilité l'accueil des proches des patients en fin de vie.

Je salue l'efficacité de la campagne de vaccination dans les Ehpad : fin février, 80 % de leurs résidents seront vaccinés. Cela prouve qu'il fallait prendre le temps d'expliquer. (*Exclamations sur les travées du groupe Les Républicains*)

M. le président. – Veuillez conclure.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Nous avons saisi le Haut Conseil de la santé publique pour définir de nouvelles modalités de visites en conséquence.

M. Jean-Marc Boyer. – Les Français ne comprennent pas votre stratégie vaccinale. Manque d'anticipation dans les commandes, désorganisation des centres de vaccination, listes d'attente interminables... La France fait partie des pays les moins avancés. Faites preuve de moins d'autosatisfaction et de plus d'humilité et d'efficacité ! (« Bravo ! » et *applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, ainsi que sur quelques travées du groupe SER*)

Plafonnement des frais bancaires

M. Rémi Féraud. – (*Applaudissements sur les travées du groupe SER*) La crise sanitaire et économique a accentué les inégalités et la précarité. Or les pratiques des établissements bancaires aggravent la situation : l'air de rien, ils continuent de prélever chaque mois des frais divers qui souvent ne correspondent à aucun service.

Après deux années de baisse, les frais bancaires repartent à la hausse, pour atteindre en moyenne 216 euros par an, souvent plus pour les plus fragiles.

C'est une mécanique appauvrissante, dont il est difficile de s'extraire. Pour les banques, les frais bancaires représentent une manne estimée à 6,5 milliards d'euros, mais aucun chiffre n'est communiqué aux pouvoirs publics.

Le Gouvernement a pris des engagements mais sans jamais renforcer le cadre légal. Après le vote de notre proposition de loi, vous vous êtes contentés d'un timide décret en juin.

L'urgence sociale exige que l'on protège les Français de frais bancaires opaques, excessifs et injustes. Allez-vous enfin agir pour mettre fin à ces abus ? (*Applaudissements à gauche ; Mme Catherine Morin-Desailly et M. René-Paul Savary applaudissent également.*)

Mme Olivia Gregoire, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance,

chargée de l'économie sociale, solidaire et responsable. – À la demande du président de la République, Bruno Le Maire lutte depuis 2018 pour protéger les plus vulnérables contre les frais d'incidents bancaires excessifs.

Nous n'avons pas attendu la crise sanitaire pour agir : plafonnement à 25 euros par mois pour tous les incidents bancaires depuis 2018, à 20 euros par mois et 200 euros par an pour les bénéficiaires de l'offre spécifique pour les clients fragiles. Nous avons obtenu des banques qu'elles augmentent de 30 % le nombre de bénéficiaires de cette offre spécifique : il a augmenté de 33 % entre 2017 et 2019 et concerne plus de 500 000 personnes.

En 2020, un plafonnement automatique est prévu pour les publics à faibles revenus ou en situation de surendettement. Nous exigeons des banques plus de transparence sur leur appréciation du public fragile.

Depuis mai 2020, la Banque de France a mis en place une cellule d'alerte sur ces frais d'incidents bancaires et sur l'inclusion bancaire.

Depuis 2017, ce Gouvernement a plus fait qu'aucun autre gouvernement auparavant, avec des résultats. En 2019, 1,4 million de Français avaient vu leurs frais bancaires totaux réduits. (*Applaudissements sur les travées du RDPI*)

M. Rémi Féraud. – Vous rappelez vos timides avancées, mais la bonne volonté du Gouvernement est plus faible que la mauvaise volonté des banques. Pendant ce temps, les plus modestes s'appauvrissent. Agissez et reprenez notre proposition de loi ! (*Applaudissements à gauche*)

« Zones sans contrôle » (III)

M. Stéphane Le Rudulier. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*) Mme Claire Hédon, ancienne journaliste, nommée Défenseuse des droits par le Président de la République, imagine suspendre les contrôles d'identité dans diverses zones, car elle les juge « insupportables pour certains jeunes ». Faute de pouvoir lutter efficacement contre la délinquance dans ces quartiers, il faudrait donc démissionner et créer un cadre juridique afin d'assurer la parfaite sérénité de ceux que la police dérange !

Pourquoi ne pas créer directement des « fan-zones » pour les délinquants, sanctuarisées pour que les honnêtes gens n'y entrent surtout pas ? (« Très bien ! » et *applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*)

Mais la violente attaque de forces de l'ordre à Poissy a fait vaciller les certitudes de Mme Hédon ; face au tollé, elle est revenue sur ses propos mais maintient qu'il existe des contrôles d'identité « discriminatoires ».

Cette position surréaliste illustre le renoncement qui gangrène la France depuis des années.

Est-ce le rôle du Défenseur des droits de jeter ainsi l'opprobre sur nos forces de l'ordre, déjà durement éprouvées ? (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*)

M. Gérald Darmanin, ministre de l'intérieur. – En démocratie, il est normal que le Président de la République nomme des personnalités qui ne pensent pas forcément la même chose que la majorité parlementaire. Je remarque que la nomination du Défenseur des droits est validée par les commissions parlementaires.

Les propos de Mme Hédon lui appartiennent ; elle les a d'ailleurs corrigés. Il est évident que le ministère de l'Intérieur ne mettra pas en œuvre une telle expérimentation, et que les contrôles d'identité sont nécessaires, même si les abus doivent être sanctionnés. Sur cinq millions d'opérations de police et de gendarmerie par an, 99,7 % se passent bien.

Les contrôles d'identité sont réalisés sous l'autorité du procureur de la République, d'un officier de police judiciaire, ou lorsqu'il y a eu un crime ou délit à proximité.

Faisons confiance à nos forces de l'ordre. C'est le cas de l'immense majorité des Français qui en ont assez des zones de non-droit ; un jour, il y aura moins de contrôles, car il y aura moins de délinquance. (*Applaudissements sur les travées du RDPI*)

Projet de contournement Est de Rouen

M. Pascal Martin. – (*Applaudissements sur les travées du groupe UC*) Ma question porte sur l'articulation entre défense de l'environnement et développement des grandes infrastructures.

En septembre 2017, après cinquante ans d'étude, la région Normandie, le département de la Seine-Maritime, que je présidais à l'époque, et la métropole de Rouen ont enfin conclu un accord pour le financement du contournement de l'agglomération rouennaise.

Or, le 8 février dernier, le nouveau président de la métropole vient d'y renoncer, sous la pression de ses alliés écologistes. Le département et la région ont donc décidé de prendre à leur charge la part de la métropole pour maintenir le projet. L'État, maître d'ouvrage du projet, ira-t-il au bout de son engagement ?

Un contournement fluide est plus écologique que des embouteillages permanents ; la qualité de l'air s'en ressent également. L'inscription de la protection de la biodiversité dans la Constitution nous permettra-t-elle encore de faire les bons choix pour nos territoires, sans céder à une quelconque idéologie ? (*Applaudissements sur les travées du groupe UC ; M. François Bonhomme applaudit également.*)

Mme Barbara Pompili, ministre de la transition écologique. – Il s'agit d'un tracé neuf de 40 kilomètres pour relier l'A28 à l'A16. Le projet est ancien, en effet ; la déclaration d'utilité publique a été délivrée le 14 novembre 2017. Les collectivités territoriales, parties prenantes, ont confirmé en 2017 leur engagement de financer 50 % de la subvention d'équilibre, le reste étant à la charge de l'État, comme le prévoit la loi d'orientation des mobilités.

Néanmoins, des débats ont émergé lors des dernières élections municipales à Rouen et la métropole s'est retirée du projet, tout en proposant des alternatives.

Nous avons noté que le département et la région souhaitaient le maintien du projet, mais nous n'avancerons pas contre les collectivités territoriales. Nous souhaitons un débat apaisé et réaliste et en appelons au dialogue entre les parties. Nous sommes prêts à étudier toute proposition pour concilier mobilité et protection de l'environnement.

Sommet du G5 Sahel

M. Bernard Fournier. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*) Depuis huit ans, nos armées sont déployées au Sahel ; leur courage et leur abnégation ont permis d'y remporter de nombreux succès militaires et d'empêcher la constitution d'un sanctuaire islamiste.

Les défis à relever restent cependant considérables. Face à un ennemi toujours dangereux et mouvant, nos armées doivent en permanence adapter leur dispositif opérationnel, et pouvoir s'appuyer sur une montée en puissance des forces de nos partenaires.

L'ennemi se nourrit aussi des fragilités des États de la région. Paix et sécurité dépendent avant tout des conditions économiques et politiques. Conjurons la tentation d'un retrait précipité qui ruinerait tous nos efforts.

M. Le Drian a déclaré lors de notre débat sur l'opération Barkhane que le sommet de N'Djamena devait être l'occasion du sursaut diplomatique, du sursaut politique, du sursaut du développement, indispensables pour redonner du sens à l'engagement de nos troupes.

Quels ont été les messages du Président de la République à nos partenaires ? Ont-ils permis le sursaut attendu ? (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*)

M. Clément Beaune, secrétaire d'État auprès du ministre de l'Europe et des affaires étrangères, chargé des affaires européennes. – Je rends hommage au courage de nos troupes, qui assurent la sécurité de la France et de l'Europe.

Le Président de la République a participé, en visioconférence, au sommet de N'Djamena ainsi qu'à

une session élargie à la coalition internationale pour le Sahel qui regroupe 45 partenaires internationaux.

Il était temps d'amplifier la dynamique engagée. Ce sommet a permis de dresser un bilan et de saluer des résultats : déploiement d'un bataillon tchadien dans la zone des trois frontières, amplification de la lutte contre l'État islamique dans le Grand Sahara, poursuite du financement de la force conjointe du G5 Sahel, montée en puissance de Takuba qui rassemble dix pays européens.

Grâce à la participation accrue de nos partenaires, nous maintiendrons nos efforts militaires.

Le sommet a permis de poser les jalons d'un sursaut politique, avec la relance de l'application de l'accord d'Alger sur le Nord-Mali, et d'un sursaut de développement, au moment où l'Assemblée entame l'examen de notre loi sur le développement, pour permettre le retour des services aux populations dans les zones libérées.

Nous poursuivrons avec un sommet au mois de mars. (*M. François Patriat applaudit.*)

Effectifs de l'Éducation nationale

Mme Claudine Lepage. – (*Applaudissements sur les travées du groupe SER*) Partout sur le territoire, l'inquiétude et la colère des enseignants et des parents d'élèves montent contre la dotation horaire globale que prépare le Gouvernement, qui acte la suppression de 1 800 emplois d'enseignants dans le second degré.

Ce choix aura des conséquences désastreuses sur la qualité des enseignements, avec des classes surchargées, un recours accru aux heures supplémentaires, une baisse du nombre de professeurs remplaçants.

Notre jeunesse, durement touchée par les conséquences de la pandémie, sera la victime collatérale de ces suppressions de postes - d'autant plus incompréhensibles que la situation sanitaire impose au contraire de recruter pour diminuer le nombre d'élèves par classe !

Le groupe SER vous a déjà alerté sur ce sujet, mais il n'est jamais trop tard pour agir ! Monsieur le ministre, allez-vous revenir sur votre décision et prévoir des mesures exceptionnelles d'accompagnement pour la rentrée 2021 ? Quel message donnerez-vous aux enseignants, aux parents et à la jeunesse ? (*Applaudissements à gauche*)

M. Jean-Michel Blanquer, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports. – Cette question est habituelle à cette période de l'année, qui est celle de la fixation de la dotation horaire globale. En ne faisant référence qu'à l'enseignement secondaire, vous reconnaissez implicitement que l'effort est inédit dans le primaire (*Exclamations et rires à gauche*), avec 1 600 créations de postes, ce qui

permettra un taux d'encadrement historique. Nous avons fait le choix politique de donner la priorité au primaire. Sacrifions-nous l'enseignement secondaire pour autant ? Non ; le taux d'encadrement reste inchangé. Nous compensons par des heures supplémentaires - qui augmentent le pouvoir d'achat des enseignants.

Mon budget augmente de 2 milliards d'euros en 2021, de 6 milliards d'euros sur l'ensemble du quinquennat - contre 2 milliards sous le quinquennat précédent. Ces moyens vont en priorité à des politiques en faveur des plus défavorisés, comme le dispositif « devoirs faits » au collège ou les cités éducatives. Nous ne faisons pas du saupoudrage, mais sommes attentifs aux territoires, notamment ruraux, (*On ironise à gauche.*) qui pourront bénéficier de mesures du plan de relance comme le plan informatique. (*Applaudissements sur les travées du RDPI*)

Canal du Midi

M. Alain Chatillon. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*) Il y a dix ans, j'avais été chargé d'un rapport sur le devenir du canal du Midi. Il proposait de revoir l'organisation et la stratégie afin de préparer la réhabilitation et d'assurer l'avenir de ce grand site patrimonial, paysager et touristique.

L'arrivée du chanvre coloré dès 2010 a contraint à des abattages importants de platanes et la gestion de l'ouvrage nous inquiète : les crédits dédiés au fonctionnement, à l'entretien des abords et à l'environnement ont fondu et les responsables changent fréquemment, même si nous avons la chance d'avoir un préfet de région efficace.

On remarque des différences de traitements entre communes urbaines et rurales. De nouvelles contraintes s'opposent aux plans locaux d'urbanisme, aux schémas de cohérence territoriale...

Il faut un effort financier et organisationnel pour assurer l'avenir du canal du Midi. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains ; M. Alain Richard applaudit également.*)

M. Jean Castex, Premier ministre. – Je connais bien ce magnifique ouvrage, classé au patrimoine mondial de l'Unesco, et vos travaux sur ce sujet important pour la région Occitanie et pour l'attractivité de la France.

L'État est aux côtés des collectivités territoriales pour la sauvegarde, la restauration et le rayonnement de cet ouvrage historique, construit par Riquet au XVII^e siècle.

Irrigation, tourisme, pistes cyclables - ces sujets sont au cœur de nos priorités. Nous investissons également dans le numérique le long du canal latéral. La dotation de Voies Navigables de France (VNF) a augmenté d'un tiers depuis 2019 ; elle bénéficie en

outre de 75 millions d'euros dans le cadre du plan de relance.

J'ai signé un accord de relance ambitieux avec la présidente de la région Occitanie, qui prévoit un investissement supplémentaire de 25 millions d'euros pour la restauration des plantations, des berges et la fibre optique. C'est une illustration du partenariat territorial auquel ce Gouvernement est très attaché.

Oui, le canal du Midi a un avenir. Il contribuera au développement économique, écologique et touristique de l'Occitanie ! (*Applaudissements sur les travées du RDPI*)

M. Alain Chatillon. – Je vous remercie. Sur les 60 kilomètres qui séparent la Montagne noire du terme du canal, il n'y a plus que cinq salariés au lieu de vingt-cinq. On a transformé les cols bleus en cols blancs.

M. le président. – Veuillez conclure.

M. Alain Chatillon. – Dans les communes urbaines, on construit près du canal, alors qu'en zone rurale, on ne peut plus même stocker des produits agricoles dans une bande de 600 ou 800 mètres. Il faut un rééquilibrage ! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*)

Siège du Parlement de Strasbourg

Mme Elsa Schalck. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*) En novembre dernier, les élus du Grand Est appelaient le Gouvernement à défendre et conforter la place de Strasbourg, siège du Parlement européen. Cela fait un an qu'aucune session plénière du Parlement ne s'y est tenue, et celle de mars ne s'y tiendra pas non plus.

C'est contraire aux traités européens et au principe d'une Europe polycentrique. La pandémie ne doit pas être un prétexte pour remettre en cause le rôle européen de Strasbourg.

Actuellement, tout est piloté depuis Bruxelles, avec 350 à 450 eurodéputés présents physiquement.

Vendredi, un exercice de simulation parlementaire à Strasbourg rassemblait avec succès 2 500 jeunes. Fin janvier, s'y tenait l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, avec des élus venus des 47 États membres. Ce qui est possible pour le Conseil de l'Europe doit l'être pour le Parlement européen !

Monsieur le Premier ministre, vous vous étiez engagé à défendre la vocation européenne de Strasbourg, mais les paroles ne suffisent plus. Que compte faire le Gouvernement pour que les eurodéputés reviennent enfin dans la capitale européenne ? (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains ; MM. André Gattolin, Jacques Fernique et Mme Emilienne Poumirol applaudissent également.*)

M. Clément Beaune, *secrétaire d'État auprès du ministre de l'Europe et des affaires étrangères, chargé des affaires européennes.* – Je partage votre préoccupation et votre engagement pour un retour rapide des sessions du Parlement européen à leur siège de Strasbourg. La situation sanitaire ne justifie pas que tout se passe à Bruxelles. Nous continuons les démarches diplomatiques auprès du président du Parlement européen et relayons ce message.

Les déplacements nécessités par la session parlementaire sont certes plus importants que pour l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, mais cela ne justifie pas la situation actuelle, qui n'est pas conforme aux traités ni à nos intérêts nationaux.

Nous finalisons un nouveau contrat triennal « Strasbourg capitale européenne » qui verra les financements par l'État et par les collectivités territoriales augmenter. Nous réunirons bientôt les élus concernés.

Nous préparons également la présidence française de l'Union européenne. Le Premier ministre a donné instruction de valoriser Strasbourg ; plusieurs événements s'y tiendront. L'hommage qui sera prochainement rendu au président Valéry Giscard d'Estaing sera aussi l'occasion de réaffirmer solennellement cette vocation européenne. (*Applaudissements sur les travées du RDPI*)

La séance est suspendue à 16 h 15.

PRÉSIDENCE DE MME LAURENCE ROSSIGNOL,
VICE-PRÉSIDENTE

La séance reprend à 16 h 30.

Avis sur une nomination

Mme la présidente. – En application du cinquième alinéa de l'article 13 de la Constitution, ainsi que de la loi organique et de la loi du 23 juillet 2010 prises pour son application, la commission des finances a émis, lors de sa réunion de ce jour, un avis favorable - treize voix pour, une voix contre - au renouvellement de M. Patrick de Cambourg à la présidence de l'Autorité des normes comptables.

Échec en CMP

Mme la présidente. – J'informe le Sénat que la commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif à la bioéthique n'est pas parvenue à l'adoption d'un texte commun.

Missions d'information (*Nominations*)

Mme la présidente. – L'ordre du jour appelle la nomination des membres de deux missions d'information, la première relative aux conditions de la vie étudiante en France, et la seconde intitulée : « La méthanisation dans le mix énergétique : enjeux et impacts ».

Conformément à l'article 8 du Règlement, les listes des candidats remises par les groupes politiques ont été publiées.

Elles seront ratifiées s'il n'y a pas d'opposition dans le délai d'une heure prévu par notre Règlement.

Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (*Procédure accélérée*)

Mme la présidente. – L'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

Discussion générale

M. Olivier Véran, *ministre des solidarités et de la santé.* – Voici un texte important dans ses engagements et son ambition. Ses engagements sont ceux du Ségur de la santé ; son ambition, celle d'un système de santé qui, depuis un an, fait face à l'impensable. Il y a un an, je franchissais les portes d'un ministère de la Santé qui allait affronter une crise historique, toujours en cours. Face à l'épidémie, il fallait applaudir nos soignants mais aussi les reconnaître - enfin.

Ce Ségur n'est pas un barnum, une énième consultation dont le rapport serait appelé à finir sur une étagère. Il a permis des revalorisations sans précédent, signées le 13 juillet à Matignon ; il a posé un diagnostic solide et partagé sur les investissements, la gouvernance, les compétences des professionnels de santé, sans éluder aucun sujet.

Avec cette proposition de loi de Stéphanie Rist, le Ségur franchit les portes du Parlement : il était normal que la représentation nationale s'empare du sujet. Je vous remercie pour le travail d'enrichissement et de consolidation effectué en commission qui prend cependant, disons-le, certaines orientations que le Gouvernement ne partage pas.

Le Ségur réhabilite le service au sein de l'hôpital, reprenant une recommandation du rapport Claris. Il répond aussi à la revendication ancienne et partagée de mettre l'organisation interne du système de santé à la main des acteurs locaux. Doit-on avoir les mêmes règles dans tous les établissements, centres

universitaires rassemblant des dizaines de milliers de personnes et hôpitaux périphériques ?

Nous devons progresser en matière de démocratie hospitalière : c'est pourquoi le personnel non médical, les étudiants en santé et les usagers seront désormais représentés au sein des directoires. Il faut donner sa place à l'expérience vécue.

Certains se sont émus en commission du manque d'ambition de ce texte, craignant une dissonance normative et une insécurité juridique. Qu'ils soient rassurés : l'ordonnance de l'article 37 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) en cours de rédaction prévoit que les commissions médicales de groupement seront décisionnaires.

Le Gouvernement s'est aussi engagé contre le mercenariat de l'intérim médical, qui met à mal les finances des hôpitaux. Certains ont un déficit qui correspond à l'euro près à ces surdépenses. Le comptable public pourra rejeter tout paiement au-delà du plafond réglementaire. L'intérim ne peut pas devenir la règle ; il est parfois une plaie qui mine la cohésion d'une équipe.

Les sages-femmes, les masseurs kinésithérapeutes verront aussi leurs compétences élargies. Nous faisons le pari de la confiance et de l'efficacité : le système de santé n'a pas besoin de querelles de chapelle ni de prés carrés.

Cela me semble beaucoup de points importants pour un texte qui manquerait d'ambition... Et les moyens sont là, en monnaie sonnante et trébuchante !

Il faut que les mesures décidées cet été s'appliquent partout, dans chaque établissement, chaque territoire. Tel est l'enjeu de ce texte.

Je remercie tous ceux qui ont travaillé sur ce texte : sachons surmonter nos désaccords pour qu'il s'applique sans attendre.

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*) L'intitulé de cette loi est riche de promesses : « faire confiance et simplifier ».

Le Ségur et le rapport Claris ont montré que les soignants aspirent à se recentrer sur le cœur de leur mission, le soin.

Or le choc de confiance n'est pas au rendez-vous. Le texte a paru disparate, voire chétif à la commission ; il ne porte pas les ambitions que les soignants sont en droit d'attendre. De plus, sa cohérence a été mise à mal par les discussions concomitantes autour des ordonnances structurantes de la loi Ma Santé 2022.

Nous avons donc adopté en commission une version largement recentrée de ce texte, supprimant dix articles sur trente-sept, à commencer par l'article premier qui créait une profession médicale intermédiaire - une mesure non concertée, qui n'avait

pas sa place dans un texte ayant pour projet d'établir la confiance.

Sur le parcours de soins, l'absence de ligne claire a semé la confusion, sans répondre aux demandes légitimes de certaines professions soignantes. La commission a réaffirmé le rôle des associations dans l'encadrement des bénévoles dans les lieux de soins, en rejetant le bénévolat individuel introduit par le texte.

Sur les groupements hospitaliers de territoires (GHT), c'est la déception. La proposition de loi traite de sujets pourtant délégués au Gouvernement par ordonnances, certaines dispositions ne sont qu'une traduction législative de mesures réglementaires existantes, d'autres ne sont que des versions édulcorées de mesures du rapport Claris ou du Ségur : je songe à la possibilité de former une commission médico-soignante, au droit d'option, à la réorganisation du directoire ou au plan de gouvernance. Enfin, de nombreuses mesures sont jugées de faible envergure par les professionnels que nous avons auditionnés.

La commission avait deux options : rejeter en bloc le texte ou tenter de l'améliorer en profondeur. Elle a choisi la seconde, supprimant l'article 4 *quater*, véritable provocation pour les praticiens hospitaliers par les atteintes à la vie privée qu'il implique. Elle a fait part de son intérêt pour plusieurs dispositions, notamment sur l'équilibre de traitement entre la pratique libérale des praticiens des établissements publics de santé et ceux des établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Elle a réécrit les articles 5 et 6, sécurisant les compétences des chefs de service pour éviter les chevauchements avec les chefs de pôle, approfondissant la délégation de gestion, s'attaquant à la question de la place des personnels non médicaux dans la gouvernance des établissements.

À ces avancées, le Gouvernement a opposé une fin de non-recevoir peu constructive, se contentant de déposer des amendements de retour au texte de l'Assemblée nationale.

Notre commission, fidèle à ses positions, a accueilli des propositions venues de tous bords. Le texte issu du Sénat répondra davantage aux maux de l'hôpital et aux attentes des soignants, mais aucune disposition législative ne saurait se substituer aux nécessaires revalorisations salariales.

L'urgence est là. Espérons que le mauvais génie français de la réforme ne nous empêche pas d'y remédier.

La commission des affaires sociales vous propose d'adopter cette proposition de loi qu'elle a nettement améliorée. (*Applaudissements sur les travées des groupes Les Républicains, UC et INDEP*)

Question préalable

Mme la présidente. – Motion n°144, présentée par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

En application de l'article 44, alinéa 3, du Règlement, le Sénat décide qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (n° 357 rect., 2020-2021).

Mme Laurence Cohen. – Le groupe CRCE est opposé à cette proposition de loi, comme de nombreux soignants et soignantes qui sont vent debout contre la plupart de ses mesures.

L'impact de ce texte est lourd, loin de la simplification attendue : le GHT est renforcé, en dépit du rapport mitigé de la Cour des comptes remis en octobre 2020 ; une place prépondérante est donnée aux gestionnaires et technocrates ; le bénévolat individuel à l'hôpital est autorisé, engageant l'ubérisation de notre système de santé, comme l'a dit le député Pierre Dharréville.

Nous nous y opposons sur le fond comme sur la forme. Cette proposition de loi est un vrai projet de loi, avec procédure accélérée mais sans avis du Conseil d'État ni étude d'impact.

Ce texte fait suite à la première vague de Covid et à des mois de mobilisation des personnels, mais ne reprend que cinq des trente-huit mesures du Ségur. Il entérine un pilotage comptable et fait entrer les règles du management privé à l'hôpital public, détourné de sa mission première, le soin, et de ses valeurs fondatrices d'égal accès aux soins pour tous et partout.

L'autonomie n'est qu'un paravent pour justifier une baisse future des moyens de la santé publique. Ne cassons pas le cadre national en prenant pour modèle l'autonomie des universités.

La crise vous fournit un prétexte pour aller plus loin dans votre démarche gestionnaire. La gestion pyramidale et centralisée sera renforcée dans le cadre de méga-GHT. Pourtant, les personnels rejettent ce pilotage à distance par des mégastructures. Il faut revenir au partage des pouvoirs et des décisions.

La « gouvernance » tant évoquée doit reposer sur deux piliers : la fin des politiques d'austérité avec un Ondam qui suive au moins l'évolution naturelle des dépenses, et une vraie démocratie sanitaire où la représentation du personnel médical et soignant, administratif, technique, des étudiants, des usagers et des élus locaux serait renforcée. Rien de tout cela ne figure dans le texte, hormis une mesure à l'article 9.

Manque aussi le maillage territorial : les centres de santé sont totalement oubliés. Or leur nombre a pratiquement doublé entre 2010 et 2018, signe que le salariat et l'exercice groupé attirent de plus en plus les jeunes praticiens. Ces centres permettent l'accès aux

soins non programmés, abandonnés par les médecins de ville depuis les décrets Mattei mettant fin au système de garde. C'est d'autant plus nécessaire que la désertification médicale s'accélère et concerne 7,4 millions de nos concitoyens, contre 5,7 en 2016 !

Sans moyens supplémentaires pour les universités, sans développement du tutorat, la fin du *numerus clausus* décidée par Agnès Buzyn n'a suffi qu'à faire stagner le nombre de médecins.

Malgré la suppression de l'article premier, vilipendé par tous, et le maintien de mesures positives pour les sages-femmes, nous n'approuvons pas la conception générale de ce texte.

Plus grave, aucun enseignement ne semble avoir été tiré de la pandémie qui nous afflige depuis un an et ne s'éteint pas.

Ce texte est dans le droit fil des réformes qui ont conduit le système de santé là où il est : loi HPST, loi Touraine, loi Buzyn.

En commission, nous avons entendu des critiques, voire de la colère, sur tous les bancs. Chers collègues, vous qui prétendez défendre le service public de santé, votez cette motion ! (*Applaudissements sur les travées du groupe CRCE et du GEST*)

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable car nous souhaitons débattre.

M. Olivier Véran, ministre. – Même avis.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Personne n'est dupe : cette proposition de loi hétéroclite est un énième projet de loi gouvernemental déguisé en initiative parlementaire pour contourner l'étude d'impact et l'avis du Conseil d'État.

Cette marche forcée s'explique par la faible prise en compte des rapports de la Cour des comptes et du professeur Claris, mais aussi du Ségur. Le Gouvernement persiste dans sa logique de fragilisation de notre système de santé.

Le Parlement, lui, est instrumentalisé. La commission des affaires sociales n'a pu travailler dans des conditions correctes, avec la procédure accélérée et l'ordonnance en préparation. Le Sénat ne peut accepter ce déni du travail parlementaire.

Le GEST votera les deux motions. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRCE*)

À la demande du groupe CRCE, la motion n°144 est mise aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°82 :

Nombre de votants	345
Nombre de suffrages exprimés	281

Pour l'adoption.....	27
Contre.....	254

Le Sénat n'a pas adopté.

Renvoi en commission

Mme la présidente. – Motion n°70, présentée par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

En application de l'article 44, alinéa 5, du Règlement, le Sénat décide qu'il a lieu de renvoyer à la commission la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (n°357 rect., 2020-2021).

Mme Monique Lubin. – La méthode employée illustre le mépris de l'exécutif pour le Parlement et les partenaires sociaux. Nul n'ignore que cette proposition de loi est une commande du Gouvernement. Elle est censée traduire dans le droit les mesures non budgétaires du Ségur, mais en se soustrayant aux deux obligations liées aux projets de loi : étude d'impact et avis du Conseil d'État. Les études d'impact ne sont décidément pas le fort de ce Gouvernement : souvenez-vous de celle de la réforme des retraites, étrillée par le Conseil d'État.

La majorité improvise une réforme nécessaire du système de santé. Il faut faire les choses bien, ou ne pas les faire.

Ce n'est pas un hasard si la majorité des professions concernées sont vent debout contre ce texte. La création d'une profession médicale intermédiaire a été piteusement transformée en demande de rapport par l'Assemblée nationale, avant que notre commission ne la supprime purement et simplement. Cela témoigne d'une conception très descendante de la politique.

La commission a souligné le paradoxe qu'il y a à promouvoir des dispositions qui font aussi l'objet d'ordonnances et de mesures réglementaires - des dispositions déjà modifiées par la loi ASAP publiée il y a moins de trois mois.

Idem pour les dispositions de la loi OTSS de juillet 2019 sur le recrutement des praticiens hospitaliers et la gouvernance des hôpitaux. Comment s'emparer de modalités d'exercice coordonné qui sont constamment remaniées ? Quant à la gouvernance, le Gouvernement s'enlise au milieu du gué, en revenant sur des dispositions pas encore appliquées. Le Parlement s'est dessaisi de ses prérogatives pour rien...

Cette proposition de loi d'une trentaine d'articles devait initialement être examinée en une demi-journée. Le Gouvernement, constatant son erreur, vient d'ajouter une demi-journée. Mais il faudrait plusieurs jours pour pallier les incohérences du texte - déjà largement réécrit tant par le Gouvernement que par les rapporteurs parlementaires. Quel signe

d'irresponsabilité et d'irrespect, tant pour le travail parlementaire que pour les soignants.

Cette proposition de loi est une tentative maladroite d'assembler mesures mal articulées et non évaluées. Sur les 38 mesures du Ségur, seules cinq sont reprises, dans six des 42 articles de ce texte. C'est bien maigre...

L'article 10 reprend la mesure 3 du Ségur contre les abus de l'intérim médical. La mesure 7 renforçant le déploiement de la pratique avancée des infirmiers, prévue à l'article premier, a été finalement transformée en demande de rapport à l'Assemblée nationale puis supprimée par notre commission.

L'article 5 reprend la mesure 18 qui vise à donner plus d'autonomie aux services des hôpitaux pour revenir à des unités plus concrètes, les services d'oncologie ou de cardiologie, plutôt que des superstructures.

Avec la mesure 19, les hôpitaux ne seraient plus obligés de se rassembler en pôles d'activité.

La mesure 22 qui prévoit de mieux associer les soignants et les usagers se retrouve dans plusieurs articles, notamment dans la possibilité fusionner les commissions médicales d'établissement (CME) et les commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

La mesure 27 contre les inégalités du système de santé et la mesure 31 renforçant l'offre de soutien psychiatrique et psychologique sont absentes. Or un numéro unique de prévention du suicide ou le recrutement de 160 psychologues en centres médico-psychologiques auraient été nécessaires dans une période où la santé mentale des Français est mise à mal.

Il y a des dispositions de bon sens concernant les sages-femmes, mais il convenait d'en faire un texte à part entière.

Nous ne pouvons pas légiférer sans visibilité. Le groupe SER demande donc un renvoi du texte en commission, notamment pour y voir plus clair sur les ordonnances en cours. (*Applaudissements sur les travées du groupe SER et du GEST*)

M. Alain Milon, rapporteur. – L'adoption de cette motion nierait l'important travail de notre commission sur ce texte. De plus, même si le contenu des ordonnances nous était connu, la commission risquerait d'empiéter sur le champ de l'habilitation. Enfin, je ne crois pas qu'un renvoi en commission leverait les doutes, et notre travail est contraint par le périmètre du texte. Son seul effet concret serait de retarder l'examen du texte.

M. Olivier Véran, ministre. – Madame Lubin, vous avez parlé de mépris du Sénat et des partenaires sociaux, mais ce texte est une initiative parlementaire de A à Z ! (*On en doute sur les travées du groupe SER*) Mme Stéphanie Rist y a travaillé dès avant le Ségur de la santé. Il a été transmis au Sénat

la première semaine de décembre : le temps n'a pas manqué.

Le Ségur est le premier accord approuvé par la majorité des organisations de soignants, non soignants et étudiants ; FO, UNSA, CFDT l'ont signé. Cet accord a été confirmé le 11 février lorsque nous l'avons étendu au médico-social.

Enfin, la mission Claris qui inspire cette proposition de loi a mobilisé des milliers de soignants et fait l'objet d'un consensus des différents collèges et syndicats.

Cela étant précisé, avis défavorable.

Mme Laurence Cohen. – Cette motion est bienvenue. De nombreuses critiques ont été formulées en commission mais la majorité dit vouloir débattre... Pourtant, nous savons que le débat est très limité. Les mesures programmées sont dans la ligne des politiques qui ont mis l'hôpital public dans la situation catastrophique où il se trouve : en surchauffe. Le Ségur n'a pas répondu à toutes les questions ; il fallait aussi arrêter de fermer des lits.

Nous n'avons guère d'illusions sur le sort de cette motion, mais la voterons toutefois car les dés sont pipés. (*Applaudissements sur les travées des groupes CRCE et SER*)

M. Bernard Jomier. – Le renvoi en commission pourrait nous permettre d'examiner le texte au mois de mars. Le rapporteur suppose que, si la motion est votée, le Gouvernement imposera à la commission de se réunir dès la fin de la semaine ; mais je ne suis pas soumis aux desiderata du Gouvernement, et j'espère qu'il lui reste assez de sagesse pour comprendre qu'il faut attendre de connaître le contenu des ordonnances.

Le ministre a répondu sur le Ségur, mais pas sur ce texte dont nos auditions ont montré qu'il suscite un désaccord général, à l'hôpital comme dans la médecine de ville, et non un consensus.

À la demande du groupe SER, la motion n°70 est mise aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°83 :

Nombre de votants.....	345
Nombre de suffrages exprimés.....	345
Pour l'adoption.....	91
Contre.....	254

Le Sénat n'a pas adopté.

Discussion générale (*Suite*)

Mme Véronique Guillotin. – La pandémie a révélé les forces mais aussi les faiblesses de notre système de soins. Cette proposition de loi a pour ambition de transcrire les mesures non budgétaires du Ségur,

annoncé lors de la décrue de la première vague, qui devait faire évoluer le système de santé. Cependant, le véhicule législatif choisi et les ordonnances en préparation compliquent notre examen.

Certes, nous n'avons pas d'avis du Conseil d'État ni d'étude d'impact mais la majorité des membres du RDSE n'a pas voté les motions : le débat sur la gouvernance, la coopération, l'attractivité des professions de santé hospitalières et le recours à l'intérim est nécessaire.

La commission est revenue au cadre juridique de la loi OTSS de juillet 2019 sur les protocoles locaux de coopération. Cela répond aux problèmes de démographie médicale et au souhait des jeunes médecins de mieux articuler vie privée et vie professionnelle. Beaucoup d'amendements ont été déposés sur les sages-femmes et auxiliaires médicaux, avec la volonté de fluidifier sans détricoter le parcours de soins, dont le généraliste doit rester le pivot.

Une gouvernance moins technocratique, une CME renforcée, des recrutements facilités : les mesures du Ségur et du rapport Claris sont reprises dans le texte. Ce qui ne l'est pas, ce sont l'asymétrie de rémunération entre secteurs public, privé et associatif, et les freins à l'exercice sous plusieurs statuts différents. C'est pourquoi je proposerai de rétablir l'article 14 *bis*.

L'article 5 restaure la fonction de chef de service, en complémentarité avec le chef de pôle. Le RDSE proposera de créer des chefs de service et de pôle adjoints.

Les GHT, installés à marche forcée, font débat. En matière de gouvernance, encourageons les rapprochements au lieu de les imposer. L'article 9 prévoit que le directeur désigne des personnalités qualifiées au sein du directoire ; dommage que les étudiants en soient exclus.

Il est urgent de mettre fin aux abus de l'intérim médical et d'appliquer enfin le plafond de rémunération. L'hôpital ne doit pas être une zone de non-droit.

Cette proposition de loi est donc un patchwork de mesures, victime de son parcours heurté. Sur ce texte pensé avant la crise, puis saisi comme une opportunité de transcrire certaines mesures du Ségur, le RDSE réserve son vote en fonction de la discussion. (*Applaudissements sur les travées du RDSE et des groupes UC et INDEP*)

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Notre groupe estime que ce texte ne peut être amélioré : derrière « confiance et simplification », il faut lire « nouveau management public » et « austérité ».

Après un Ségur raté, vous nous proposez une loi fourre-tout. L'éloignement des services publics, conséquence des fermetures, a créé une rupture d'égalité. Votre politique renforce le séparatisme

financier de ceux qui mettent leur argent au Luxembourg, le séparatisme économique de ceux qui licencient après avoir reçu des aides publiques, le séparatisme social aux dépens de ceux qui n'ont pas les moyens d'accéder aux soins. Quelle déception ! Quel mensonge !

Alors que certains services n'ont déjà plus les moyens d'acheter des couvertures, cette proposition de loi va empirer la situation. Vous instaurez la concurrence entre les établissements publics, en plus de celle qui les oppose aux établissements privés.

Vous créez une profession d'auxiliaire médical en pratique avancée : vous ignorez les infirmiers anesthésistes diplômés d'État, qui se livrent depuis longtemps à une pratique avancée ! Mais je suis certaine que vous allez revoir votre copie.

Il est urgent de répondre aux véritables besoins des personnels médicaux et paramédicaux : plus de considération, de recrutements, augmentations de salaire et meilleures conditions de travail.

Il faut aussi améliorer le fonctionnement démocratique des hôpitaux. Plutôt que de renforcer le pouvoir des chefs de service, améliorons la démocratie sanitaire.

Dans les universités, l'autonomie a abouti à une baisse des budgets de 10 % entre 2008 et 2018, alors que le nombre d'étudiants augmentait de 20 %.

L'article 7 ne répond pas aux revendications. Le dispositif anti-intérim se retournera contre les directeurs, leur imposant des fermetures de services pour éviter les sanctions financières. Ce sont les entreprises de travail intérimaire qu'il faut condamner, lorsqu'elles ne respectent pas les plafonds de rémunération.

Nous proposons aussi de rétablir des gardes de nuit et de week-end correctement rémunérées.

La plateforme numérique unique d'accès aux droits pour les personnes handicapées est une bonne chose mais où sont les moyens pour les établissements spécialisés ? Une convention collective est en cours de négociation, avec le risque de dégrader encore les conditions de travail.

Le groupe CRCE votera contre la proposition de loi. *(Applaudissements sur les travées du groupe CRCE et sur plusieurs travées du groupe SER)*

Mme Elisabeth Doineau. – *(Applaudissements sur les travées du groupe UC)* La crise sanitaire a révélé les limites du système de santé et nous a fait reprendre conscience du travail remarquable des professionnels de santé.

Sommes-nous à la hauteur de leur investissement ?

Le Ségur de la santé a suscité beaucoup d'espoir. C'est une belle avancée, mais pour certains seulement : il ne concerne que l'hôpital public. D'autres, exclus des revalorisations, sont amers,

comme les personnels de certains établissements médico-sociaux. À la fin de l'année 2020, 64 parlementaires vous ont interpellé, monsieur le ministre, afin qu'une réponse adaptée soit trouvée pour les oubliés du Ségur.

Une seule demi-journée était consacrée à l'examen de ce texte ; je me réjouis que la journée de demain ait été ouverte, mais regrette l'absence d'étude d'impact et d'avis du Conseil d'État.

Je m'inquiète, en outre, du manque d'enthousiasme des personnes auditionnées. Certains se sentent écoutés, d'autres sont déconcertés par ce texte. Attention à la démotivation des professionnels de santé ! Je salue le travail du rapporteur, Alain Milon.

Seulement cinq des trente-trois mesures du Ségur se retrouvent dans la proposition de loi. Certes, plusieurs dispositions relèvent du domaine réglementaire.

La proposition de loi vise-t-elle réellement à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, comme le promet son titre ? J'en doute, au vu des frustrations et du sentiment d'injustice sur le terrain.

Il y a des avancées. Les articles 2 et suivants sont une bouffée d'air pour certaines professions comme les sages-femmes et les auxiliaires médicaux.

Je ne partage pas, en revanche, l'avis du rapporteur sur l'article 2 *quinquies* B concernant l'adressage d'une patiente par une sage-femme à un spécialiste. La grossesse est un temps à part dans la vie d'une femme, et la sage-femme n'a pas vocation à se substituer au médecin. Je défendrai plusieurs amendements pour améliorer l'accès aux soins des femmes enceintes.

Je partage en revanche totalement l'analyse du rapporteur sur l'article premier. *(M. le rapporteur remercie.)* Il est indispensable de procéder en concertation avec les personnes concernées si l'on veut créer une nouvelle profession médicale intermédiaire.

Le chapitre 4, relatif à la gouvernance des établissements de santé, a suscité beaucoup d'incompréhension. Je remercie le rapporteur d'avoir réécrit plusieurs articles pour y intégrer les préconisations du rapport Claris. La rédaction de l'article 5 est bienvenue car la notion de service fait consensus auprès des professionnels.

Il faut mieux associer les soignants à la gestion de l'hôpital, autour du projet médical.

Cette proposition de loi a fait osciller les professionnels entre espoir et déception. Le groupe UC votera le texte modifié par la commission. *(Applaudissements sur les travées du groupe UC)*

M. Bernard Jomier. – Je crains que ce texte ne simplifie ni ne crée davantage de confiance... Il a un peu dégonflé après son passage en commission, le

rapporteur l'a aussi un peu réécrit. Mais il excède toujours largement la taille normale d'une proposition de loi.

Nous regrettons le rejet de notre motion de renvoi en commission qui aurait permis un débat plus fourni. Les soignants méritaient mieux.

L'article premier créant une profession médicale intermédiaire a été ramené à un simple rapport, tant il était contesté.

L'article premier *bis* est vidé de toute substance. Le chapitre 2 intègre des dispositions demandées par les sages-femmes. Mais les infirmiers ont un rôle insuffisamment reconnu : vos amendements leur octroient de nouvelles compétences.

L'article 5 reconnaît le rôle des services et des chefs de service, unité pertinente pour l'offre de soins, mais ne précise pas la répartition des compétences entre pôles d'activité et services.

La gestion de la covid a réuni dans une même lutte direction, médecins et soignants, dépassant temporairement la verticalité bureaucratique. Il faut davantage reconnaître l'implication des soignants dans la prise en charge des patients au quotidien. C'est pourquoi nous nous opposons à l'article 6 qui fusionne CME et CSIRMT ; l'autonomie de cette dernière doit au contraire être confortée.

L'article 8 autorise un établissement de santé à déroger à une organisation en pôles d'activité ou à adopter une gouvernance sans CME ou CSIRMT : étrange, alors que plusieurs articles renforcent la place des soignants. Pourquoi une telle dérogation ? Personne ne la demande sur le terrain !

L'article sur le handicap est décevant : un rapport, une plateforme en ligne.

Difficile de nous montrer insatisfaits ou en colère alors que nous débutons l'examen de ce texte. Mais tout de même ! Vous avez refusé de débattre de la gouvernance dans le Ségur, et ici vous en traitez dans pas moins de dix articles. Vous avez refusé d'organiser des États généraux de la santé publique, et vous nous demandez de voter une loi dans la confusion. (*Applaudissements sur les travées des groupes SER et CRCE*)

M. Stéphane Ravier. – La crise de la covid a mis en lumière le délabrement des hôpitaux, délibérément abandonnés par les pouvoirs publics.

La gestion essentiellement financière des hôpitaux, nous en connaissons les conséquences : deuil des familles, fatigue et colère du personnel médical. Leur courage ne suffit plus. Le serment d'Hippocrate devient discours hypocrite des ministres de la santé successifs.

Le mal ne frappe pas seulement l'hôpital public. Au manque de places à l'hôpital s'ajoute la pénurie de médecins en ruralité, la suradministration, la disparition de la production nationale de médicaments

et vaccins, les restrictions budgétaires de Bruxelles. Tout cela pèse sur notre santé.

Dans un pays qui se veut accueillant et protecteur, la santé n'est pas d'abord un coût mais un investissement. Or on refuse de tirer les leçons de l'épidémie ; et le principe de précaution n'est toujours pas à l'ordre du jour.

Je soutiendrai cependant la revalorisation de la profession des sages-femmes, pour la natalité française. Elles accompagnent mères et enfants. Leur périmètre d'activité doit être élargi et elles doivent obtenir une rémunération à la hauteur de leurs diplômes, de leur statut et de leur responsabilité. La rémunération n'efface cependant pas l'épuisement : il faut aussi augmenter leur nombre. Sachons leur accorder toute leur place dans la prochaine loi de finances.

Ce texte, présenté dans la précipitation, manque d'ambition. Je le voterai toutefois, malgré les insuffisances, pour répondre à l'urgence.

M. Daniel Chasseing. – Le Ségur a acté des revalorisations importantes : 8 milliards d'euros pour les salaires, 18 milliards pour l'investissement dans les hôpitaux.

Il fallait améliorer ce texte, et je salue le travail du rapporteur. Prévoir des infirmiers en pratique avancée est une bonne idée ; ces pratiques sont déjà bien intégrées dans les maisons de santé.

Je ne suis, en revanche, pas favorable à une profession médicale intermédiaire. Il faut plutôt travailler davantage avec les pharmaciens, acteurs de santé de premier plan, pas encore autorisés à prescrire un médicament pour les cystites ou à réaliser un test urinaire. Ils sont un maillon essentiel dans l'organisation des soins. Les officines sont ouvertes du lundi au samedi. Je ne suis pas d'accord avec les propos méprisants d'une élue du Bas-Rhin. Applaudissons-les pour leur dévouement et leur sérieux.

Je suis favorable à la prescription d'arrêt de travail et au dépistage des infections sexuellement transmissibles par les sages-femmes.

Il faut simplifier les procédures et revaloriser les salaires.

L'article 5 revalorise utilement le rôle du chef de service.

L'article 7 traduit une vision des territoires efficace et adaptée, autour de l'établissement support. Le département serait l'échelon préférentiel du GHT. Je soutiendrai l'amendement de M. Menonville sur la présence d'élus locaux au conseil de surveillance.

L'article 10 sert la lutte contre les abus de l'intérim médical, renforts dont les établissements sont souvent dépendants. Avec une revalorisation des gardes, la part de l'intérim diminuera.

Confions aux départements la totalité des actions de maintien et d'aide à domicile, y compris pour les personnes handicapées, et la coordination entre les acteurs, notamment les Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), oubliés du Ségur. Ainsi, il pourrait y avoir un seul numéro d'appel.

Il faut amplifier les formations d'aides-soignants et infirmiers.

Cette proposition de loi amendée apporte des améliorations pragmatiques. Le groupe INDEP y est favorable. (*Applaudissements sur les travées du groupe INDEP*)

Mme Raymonde Poncet Monge. – Tout a été dit sur l'immense déception des acteurs de santé, après le Ségur et le rapport Claris.

L'évolution des compétences et le décloisonnement ne doivent pas passer par un glissement de tâches vers des personnes non formées à les exercer : cela doit être encadré. Nous soutenons un véritable parcours de progression professionnelle, couplé à des moyens humains renforcés.

Cette pratique avancée ne doit pas se confondre mais s'articuler avec les spécialités, infirmiers en bloc opératoire ou puériculture.

Cette proposition de loi poursuit la lente reconnaissance médicale du métier de sage-femme. Élargissons leur champ de compétence et leur place dans le parcours de soins.

Appuyons-nous sur cette profession médicale qui maille finement le territoire pour développer la prévention, parent pauvre des politiques de santé. Le GEST a déposé des amendements en ce sens.

Autre occasion manquée : un meilleur accès aux soins de kinésithérapie ou d'orthophonie, qui évitent pourtant des passages tardifs aux urgences, voire un renoncement aux soins.

L'article sur l'intérim fait suite à la situation actuelle déplorable. Il faut revaloriser gardes, astreintes, et améliorer les conditions de travail à l'hôpital. L'intérim reste souvent le seul moyen de maîtriser son temps, dans des équipes pressurées par les logiques austéritaires.

Autre axe de la proposition de loi : la réaffirmation du service, après la contestation de l'organisation par pôles, mais nulle leçon n'est tirée de la crise. L'hôpital reste verticalisé et descendant, loin des ambitions des jeunes salariés qui aspirent à participer davantage aux décisions. La gouvernance attend toujours une profonde réforme. (*Applaudissements à gauche*)

M. Dominique Théophile. – La proposition de loi que nous examinons se veut la traduction non budgétaire des conclusions du Ségur de la santé. Elle a été profondément modifiée à l'Assemblée nationale pour mieux prendre en compte les demandes des soignants et des patients. Elle n'a pas vocation à

bouleverser notre système de santé, mais à en améliorer le fonctionnement.

« Ma Santé 2022 », annoncée en 2018, a déjà permis une transformation en profondeur avec les CPTS, les médecins généralistes dans les territoires prioritaires et la création d'assistants médicaux.

Le pacte de refondation pour les urgences a affirmé la nécessité de renforcer l'offre de consultations sans rendez-vous et le parcours de soins des personnes âgées.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a acté les moyens supplémentaires octroyés par le Ségur pour les rémunérations et les investissements des hôpitaux.

La proposition de loi de Stéphanie Rist déploie un nouveau volet du Ségur. Après son passage en commission des affaires sociales, il reste hélas peu de chose du texte initial. Nous saluons toutefois le maintien des dispositions relatives aux sages-femmes et aux masseurs-kinésithérapeutes, comme de l'article 5 qui réhabilite le service au sein de l'hôpital, ou l'article 10 sur l'intérim.

Nous regrettons la suppression de l'article premier sur les parcours de coopération et la pratique avancée, de l'article 4 *bis* sur le bénévolat dans les établissements de santé et de l'article 11 sur le projet managérial à l'hôpital. Nous proposerons leur rétablissement, ainsi qu'un déploiement plus dynamique du numérique dans les GHT.

Regrettant certaines postures politiques et l'usage bien généreux de l'article 45 de la Constitution, le RDPI réservera son vote jusqu'à l'issue du débat.

Mme Corinne Imbert. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*) Monsieur le ministre, les lois de santé n'ont pas toujours les moyens de leurs ambitions, mais cette proposition de loi n'a pas l'ambition de son titre, malgré les espoirs portés par le Ségur. Nous le regrettons

La crise sanitaire a rendu d'autant plus urgente la revalorisation des salaires en fonction des responsabilités.

Monsieur le ministre, nous vous avons alerté sur la limitation du Ségur à certaines professions et sur l'exclusion du secteur libre. Cette proposition de loi est hospitalocentrée ; or notre système de santé est un tout. Cela crée un sentiment d'incompréhension, voire de la colère.

Votre impréparation est patente. Ce texte a été déposé une première fois, retiré faute de cohérence, puis redéposé. Un projet de loi aurait été plus adapté aux enjeux et aux attentes de nos concitoyens.

Je doute de la méthode du Gouvernement. Que dire d'un texte dont les ordonnances ne sont pas publiées et qui n'a pas fait l'objet d'un avis du Conseil d'État ?

Cette proposition de loi serait-elle la marque de votre regain d'intérêt pour le Parlement ? J'en doute...

Nous sommes profondément déçus sur toutes les travées. Beaucoup de professionnels de santé ne comprennent pas la focalisation du texte sur le seul hôpital.

Le groupe Les Républicains a toutefois choisi de travailler ce texte. Reste qu'il demeure peu ambitieux et c'est une erreur, monsieur le ministre : vous avez vu, vous avez su, vous auriez dû. C'est une faute morale.

Allez-vous publier prochainement le décret imposant aux étudiants de troisième cycle un stage de professionnalisation en médecine en zones sous-dotées ?

Je souhaiterais vous faire confiance...
(*Applaudissements à droite*)

Mme Émilienne Poumirol. – (*Applaudissements sur les travées du groupe SER*) Depuis de nombreuses années, l'hôpital public est en souffrance : moyens et rémunérations insuffisants, gouvernance inadaptée. Pourtant, la réaction des personnels à la pandémie a été admirable.

Malgré son titre attractif, cette proposition de loi n'est que déception et frustration. Elle ne répond pas aux demandes des professionnels et crée une insécurité juridique inquiétante.

Ses quarante-deux articles initiaux ont été presque intégralement réécrits par l'Assemblée nationale, preuve de l'impréparation du texte qui ne répond ni aux demandes ni aux besoins. Il est même contre-productif quand il permet le bénévolat individuel à l'hôpital ou la création de postes de praticiens hospitaliers par les directeurs de GHT.

Il aurait fallu renforcer les liens avec le médecin de ville, notamment avec les maisons de santé pluridisciplinaires.

La pandémie a mis la lumière sur la question de la démocratie sanitaire : mais quelles leçons en avez-vous tirées ?

Si l'hôpital a su gérer la crise, c'est grâce à l'hypermobilisation de son personnel, mais à quel prix !

C'est aussi que le carcan budgétaire a été abandonné au profit d'une super priorité autour de la santé. Mais le Gouvernement n'en tire aucune leçon et il s'enferme dans sa vision d'un hôpital-entreprise.

Ce texte risque de démobiliser les personnels hospitaliers. Nous aurions dû mieux le travailler en nous donnant du temps. Nous le devons à nos soignants. (*Applaudissements sur les travées du groupe SER*)

M. Bernard Bonne. – L'objectif premier de la proposition de loi était de poursuivre le plan « Ma Santé 2022 » traduit dans la loi du 23 juillet 2019, en simplifiant les protocoles, en facilitant le

recrutement de praticiens hospitaliers dans les territoires, en élargissant les compétences de certaines professions... Puis, la crise est arrivée.

Avec le Ségur, les rémunérations ont été heureusement revalorisées, mais en favorisant les hôpitaux publics au détriment des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

Les médecins du secteur privé non lucratif ont été exclus du Ségur, rendant l'exercice en Espic peu attractif d'autant qu'il ne peut se décliner avec une activité libérable. Je proposerai un amendement pour apporter plus de souplesse à ce statut.

L'article 14 *bis* prévoit un rapport au Parlement sur l'attractivité de ces professions. Mais des mesures simples peuvent déjà être prises : l'harmonisation des conditions de travail entre hôpital et Espic notamment.

Avec ce texte, je crains que la confiance ne soit pas au rendez-vous. (*Applaudissements sur les travées du groupe SER*)

Mme Florence Lassarade. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*) On nous demande d'examiner brièvement une proposition de loi se voulant la traduction du Ségur, dont les objectifs étaient fort ambitieux, comme le rappelait le communiqué de presse du ministère : « faire tomber les murs », disiez-vous. Ce texte y parvient-il ? Hélas, non.

Les mesures proposées pour l'hôpital public restent insuffisantes, malgré les difficultés mises en lumière par la pandémie et qu'il convenait de corriger.

Des sujets essentiels, comme la formation ou la médecine de ville, sont éludés. Rien n'est prévu non plus pour lutter contre les déserts médicaux.

Au lieu d'une vraie réforme, je ne vois dans ce texte que des mesurette disparates. Malgré tout, le rapporteur l'a amélioré en supprimant dix articles sur trente-sept, dont celui créant une profession médicale intermédiaire - un médecin au rabais ! - et celui relatif au bénévolat individuel à l'hôpital.

Les dispositions sur les sages-femmes et la lutte contre le recours abusif à l'intérim médical ont aussi été améliorées.

Tâchons d'améliorer ce texte improvisé, insuffisant, décevant. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*)

M. Olivier Véran, ministre. – Je vous rappelle que la grande majorité des mesures du Ségur ne sont pas d'ordre législatif.

Les ordonnances sur les GHT sont en cours de négociation ; vous verrez qu'elles répondent aux préconisations du rapport Claris. Je pourrai venir les présenter à la commission des affaires sociales dès publication. (*Mme la présidente de la commission accepte bien volontiers.*)

Madame Imbert, un groupe de travail du Ségur porte sur la diversification des territoires de stage tout en assurant la qualité de la formation.

Il devrait aboutir dans les prochains mois.

Par ailleurs, le décret sur l'agrément des maîtres de stage a été publié le 30 juillet 2020 sous le n°2020-951.

L'esprit du Ségur est celui de la liberté retrouvée à l'hôpital, sans en faire pour autant un phalanstère.

En 2007, le Président de la République voulait que le seul patron de l'hôpital soit son directeur. Cela n'a pas fonctionné. L'ambiance s'en ressentait. Et les externalités négatives de la réforme commençaient à l'emporter sur les effets bénéfiques. Il fallait redonner de la souplesse dans la gouvernance interne.

Les conflits interpersonnels sont dévastateurs à l'hôpital. Pendant le Covid, ils ont été oubliés : directeurs, soignants, paramédicaux, tous œuvraient ensemble pour sauver des vies. Quand il a fallu construire un service d'urgences en 48 heures et contourner le code des marchés publics, on a su le faire. (*Murmures étonnés sur les travées du groupe SER*) Mais au quotidien, cela ne se passe pas ainsi !

J'ai eu la chance de pouvoir monter un hôpital de jour en neurochirurgie à l'hôpital de Grenoble. J'avais demandé des fauteuils plutôt que des lits, j'avais repéré des fauteuils confortables à un peu plus de 1 000 euros... Las, le catalogue du marché ne permettait d'acheter qu'un seul type de fauteuil, à 30 000 euros pièce !

Il faut donner de l'autonomie aux établissements : n'en ayons pas peur. Mais il ne faut pas un seul chef. Le CHU de Grenoble, c'est 10 000 fiches de paie ! Même dévouée, une seule personne ne peut tout faire.

Cette proposition de loi répond en partie à cette problématique.

Je regarderai avec attention vos amendements, notamment ceux de M. Bonne et de M. Iacovelli.

L'organisation de la médecine de ville ne dépend pas de la loi mais de négociations conventionnelles prévues dans la loi de 2004. Ces négociations reprendront dès que les élections professionnelles auront eu lieu.

Je me bats depuis des années pour que l'on casse les silos entre la ville et l'hôpital, entre le médico-social et le médical. Pendant la crise Covid, on a vu que lorsqu'on mettait fin aux silos, on était plus efficace. C'est ce que certains des articles de cette proposition de loi tentent de faire : j'y crois ! Débattons !

La discussion générale est close.

Discussion des articles

ARTICLE PREMIER (Supprimé)

Mme la présidente. – Amendement n°159, présenté par M. Théophile et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un état des lieux de la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée et des protocoles de coopération. Dans le double objectif d'un décloisonnement des professions de santé et d'un meilleur accès à la santé, ce rapport d'évaluation fait des propositions permettant d'accélérer le déploiement de l'exercice en pratique avancée et des protocoles de coopération ainsi que de simplifier et d'améliorer ces deux dispositifs, notamment en termes de formation et de rémunération des auxiliaires médicaux en pratique avancée. Il étudie également la possibilité d'accompagner la délégation de tâches avec un transfert des responsabilités.

Il évalue aussi les besoins et les moyens en matière de réingénierie des formations des auxiliaires médicaux, notamment en vue de réformer les référentiels de ces formations, d'améliorer l'accès à ces formations et de poursuivre leur universitarisation.

M. Dominique Théophile. – Initialement, l'article premier instaurait une nouvelle profession intermédiaire. Les députés l'ont transformé en demande de rapport sur le déploiement des pratiques avancées et sur les protocoles de coopération. La situation actuelle n'est pas satisfaisante et nous ne disposons que de peu d'analyses : c'est pourquoi cette demande de rapport nous semble nécessaire. Il serait complémentaire du travail mené dans le cadre du Ségur, d'où notre demande de rétablir cet article.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet article a été supprimé en commission, car sa portée est trop limitée. Cette demande de rapport, à l'article premier, deviendrait une disposition phare du texte... Le délai de six mois semble en outre insuffisant pour permettre un véritable recul. Sa portée normative est ambiguë et sa rédaction insatisfaisante. Avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Le professionnel médical intermédiaire n'est pas un médecin au rabais mais un professionnel de santé entre bac + 3 et bac + 12, comme cela existe dans de nombreux pays. Il ne s'oppose pas à la profession d'infirmiers en pratiques avancées (IPA).

J'ai confié une mission aux présidents des ordres nationaux des médecins et des infirmiers pour connaître leur sentiment. Je suis donc favorable à ce rapport qui sera présenté au Parlement. Cette réflexion doit être menée sereinement.

M. Bernard Jomier. – Je comprends la logique du ministre : vous - et non l'auteur de la proposition de loi - avez missionné ces deux personnalités sur une question qui vous intéresse. Mais à quoi servirait cet article ? Vous n'en avez pas besoin pour lancer cette mission... Ce rapport n'a aucun intérêt, sinon faire plaisir à un parlementaire.

Je souscris aux arguments du rapporteur. Pour les IPA et les assistants médicaux, ce sont les conventions qui permettront les conditions d'émergence de ces nouvelles professions. Je suivrai l'avis de la commission. (*Applaudissements sur les travées des groupes SER et UC*)

L'amendement n°159 n'est pas adopté.

L'article premier demeure supprimé.

ARTICLES ADDITIONNELS **après l'article premier (Supprimé)**

Mme la présidente. – Amendement n°178 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, Bilhac et Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold, Guérini et Guiol, Mme Pantel et MM. Requier et Roux.

Après l'article 1^{er}

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa du III de l'article L. 1110-4, après la référence : « au sens de l'article L. 1110-12 », sont insérés les mots : « ou à la même équipe coordonnée de soins de ville, au sens de l'article L. 1110-12-1 » ;

2° Après l'article L. 1110-12, il est inséré un article L. 1110-12-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-12-1. – Pour l'application du présent titre, l'équipe coordonnée de soins de ville est composée d'au moins trois professionnels de santé, dont un médecin. Elle a pour mission d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients, dans les conditions fixées dans l'accord-cadre interprofessionnel prévu par l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale. »

Mme Véronique Guillotin. – Il faut reconnaître l'existence d'équipes de soins coordonnés autour des patients afin qu'elles se coordonnent de façon souple, sans avoir à créer de structures associatives.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le rapport Notat appelle à développer des outils numériques pour faciliter la coopération. Mais les dispositions du code de la santé publique me semblent déjà suffisamment claires et souples. Retrait ou avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Même avis.

L'amendement n°178 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°71 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 1^{er}

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4011-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au début, est insérée la mention : « I » ;

2° Il est ajouté un paragraphe ainsi rédigé :

« II. – Par dérogation au I, des acteurs issus des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 du présent code peuvent prendre part à des activités de dépistage, de prévention et de diagnostic, dans le cadre des démarches de coopération engagées à l'initiative de professionnels de santé. Ces acteurs interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience, dans le cadre de protocoles définis par décret. »

M. Bernard Jomier. – Il s'agit de mieux formaliser la participation des associations de santé aux activités de dépistage, de prévention et de diagnostic. D'ailleurs, la HAS a récemment recommandé d'intégrer ces associations à la stratégie de dépistage de la covid-19.

Cet amendement s'appuie sur notre expérience de la lutte contre le VIH et sur un rapport de la Cour des comptes sur la politique de prévention et de prise en charge depuis 2010.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement étend les protocoles de coopération à des associations d'usagers du système de santé pour des activités de dépistage, de prévention et de diagnostic. C'est intéressant à l'heure du patient expert, mais cela reviendrait à assimiler ces acteurs à des professionnels de santé. Mieux vaut trouver d'autres moyens pour les associer plus à la prévention qu'au diagnostic. Retrait ou avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Même avis.

L'amendement n°71 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°1 rectifié *quater*, présenté par MM. Mouiller, Kern et Favreau, Mmes Malet, Micouleau et F. Gerbaud, M. Cardoux, Mmes Gruny et Lassarade, M. Burgoa, Mme Bonfanti-Dossat, M. Sol, Mme Létard, M. Panunzi, Mme Estrosi Sassone, MM. Regnard et D. Laurent, Mmes Belrhiti et L. Darcos, MM. Pellevat, Bascher, Bouloux, Karoutchi et Bonhomme, Mmes Lavarde et Deromedi, MM. Lefèvre, Vogel et Somon, Mme Lopez, MM. Cigolotti, E. Blanc, Cuyppers et Longeot, Mme de Cidrac, M. Belin, Mme Raimond-Pavero, MM. Sautarel, Brisson et Henno, Mmes Chauvin et Schalck, MM. Cambon, Duffourg, Piednoir, Chatillon et Richard, Mme Guidez, MM. Détraigne et B. Fournier, Mme Demas, M. de Nicolaï, Mmes de La Provôté, Imbert et Borchio Fontimp, M. Charon, Mmes M. Mercier, Muller-Bronn et Billon, MM. Savin et Chaize, Mme Di Folco,

M. Segouin, Mmes Herzog et Joseph, MM. Bonne, Bas et Chauvet, Mme N. Delattre, MM. Mandelli et Cadec, Mme Berthet, M. Anglars, Mme Puissat, MM. Frassa et P. Martin, Mme Garriaud-Maylam, MM. Laménie, Rapin, Nougéin et Klinger, Mme Gatel, MM. Delcros, Houpert, Genet, J.M. Boyer, Duplomb et Rojouan et Mme Noël.

Après l'article 1er

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa du II de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique est complété par les mots : « , ainsi que les détenteurs du diplôme d'état d'infirmier anesthésiste, du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie réanimation ou du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste ».

M. Philippe Mouiller. – Il convient de favoriser le déploiement de l'exercice en pratique avancée de certains auxiliaires médicaux en intégrant la profession réglementée des infirmiers anesthésistes dans le dispositif existant. Cette profession a le niveau de qualification requis. Son exercice professionnel au quotidien correspond depuis toujours à celui d'une profession de santé intermédiaire en pratique avancée.

Mme la présidente. – Amendement identique n°59 rectifié *ter*, présenté par MM. A. Marc, Capus, Chasseing, Decool, Guerriau, Lagourgue et Médevielle, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattebled et Malhuret, Mme Paoli-Gagin et M. Verzelen.

M. Daniel Chasseing. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°79, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Mme Émilienne Poumirol. – Depuis 2014, il faut un diplôme d'État d'infirmier de grade master 2 pour exercer cette profession.

Mme la présidente. – Amendement identique n°135, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Les infirmiers anesthésistes comptent sur le Sénat pour adopter cet amendement transpartisan. Ils sont reconnus par leurs pairs au niveau international comme des professionnels de pratiques avancées. La pandémie a démontré combien leur polyvalence est précieuse.

Mme la présidente. – Amendement identique n°177 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, Bilhac et Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold, Guérini et Guiol, Mme Pantel et MM. Requier et Roux.

Mme Véronique Guillotin. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Notre pays compte plus de 11 000 infirmiers anesthésistes qui ont suivi une formation en deux ans. La qualification d'anesthésiste reconnaît leur spécialisation. Cette

profession souhaite sa reconnaissance comme IPA et s'inquiète d'éventuels empiètements sur leur champ de compétences. Quelles sont les intentions du Gouvernement ? Dans l'attente, cet amendement permettrait une clarification. Avis favorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Avis défavorable, hélas ! Il faut considérer les IPA par grands domaines et non par spécialité. Je ne vois aucun inconvénient à travailler sur des passerelles. Mais les IPA relèvent de l'expertise d'un praticien médical autonome avec des compétences transversales, alors que les infirmiers anesthésistes travaillent sous le contrôle du médecin anesthésiste.

Les amendements identiques n°s 1 rectifié quater, 59 rectifié ter, 79, 135 et 177 rectifié sont adoptés et deviennent un article additionnel.

Mme la présidente. – Amendement n°15 rectifié *bis*, présenté par MM. Savin et Piednoir, Mme Imbert, M. Hugonet, Mme Guillotin, MM. Brisson, Rapin, Belin, E. Blanc et Regnard, Mme L. Darcos, M. Longeot, Mme Belrhiti, MM. Henno et D. Laurent, Mmes Dumas, Chauvin et Puissat, MM. J.M. Boyer et Charon, Mme Billon, MM. Longuet, Saury, Bouchet, Burgoa, Chatillon et B. Fournier, Mme de Cidrac, MM. Duffourg, Wattebled, Kern, Le Gleut et P. Martin, Mme Deromedi, MM. Allizard et Paccard, Mmes Berthet et F. Gerbaud, MM. Bonne, Fialaire et Vanlerenberghe, Mme Canayer, M. Genet, Mme Mélot, MM. Klinger, Sautarel, Houpert, Dallier, Vogel, Sol et Decool, Mmes Gruny et Schalck, M. Pellevat, Mme Gatel et MM. Chasseing et Segouin.

Après l'article 1^{er}

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 1172-1, après le mot : « traitant », sont insérés les mots : « ou un médecin spécialiste » ;

2° Au second alinéa de l'article L. 1528-1, les mots : « n°2016-41 du 26 janvier 2016 » sont remplacés par les mots : « n° du visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification ».

Mme Frédérique Puissat. – Le médecin traitant d'un patient inscrit dans un parcours de soins pour une affection de longue durée a le monopole de la prescription d'une activité physique adaptée à sa pathologie. Le médecin spécialiste doit pouvoir faire de même.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable. Il faut préserver le positionnement du médecin traitant dans la coordination du parcours de soins.

M. Olivier Véran, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°15 rectifié bis n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°14 rectifié, présenté par MM. Savin et Piednoir, Mmes Imbert et Guillotin, MM. Hugonet, Brisson, Rapin, Belin, E. Blanc

et Regnard, Mme L. Darcos, M. Longeot, Mme Belrhiti, MM. Henno et D. Laurent, Mmes Dumas, Chauvin et Puissat, MM. J.M. Boyer et Charon, Mme Billon, MM. Longuet, Saury, Bouchet, Burgoa, Chatillon et B. Fournier, Mme de Cidrac, MM. Duffourg, Wattebled, Kern, Le Gleut et P. Martin, Mme Deromedi, MM. Allizard et Paccaud, Mmes Berthet et F. Gerbaud, MM. Bonne, Fialaire et Vanlerenberghe, Mme Canayer, M. Genet, Mme Mélot et MM. Klinger, Sautarel, Houpert et Dallier.

Après l'article 1^{er}

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport dressant un état des lieux des professionnels pouvant assurer la prise en charge et le suivi des patients ayant une prescription d'activité physique adaptée prévue à l'article L.1172-1 du code de la santé publique.

Dans un objectif de développement de ces prescriptions et du suivi des malades, ce rapport met en avant les formations existantes ainsi que les débouchés de ces dernières. Il évalue également l'opportunité de la mise en œuvre d'une profession intermédiaire ou la création d'une nouvelle profession de santé, en envisageant dans ce cadre un rapprochement entre les filières universitaires sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) et les filières santé.

Mme Frédérique Puissat. – Nous demandons un rapport sur l'état des lieux des professions pouvant assurer la prise en charge des patients ayant une prescription d'activité physique.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le sport santé est un sujet important. En janvier dernier, une table ronde a été organisée par les commissions de la culture et des affaires sociales.

Je doute que la réponse passe par la création d'une nouvelle profession de santé. Avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Même avis.

L'amendement n°14 rectifié n'est pas adopté.

L'article premier bis A demeure supprimé.

ARTICLE PREMIER BIS

M. Jean-François Longeot. – Cet article premier bis refond les protocoles de coopération, troisième réforme en moins de deux ans. Mais il faut réfléchir aux moyens de libérer du temps médical pour répondre à la demande de soin de nos concitoyens. Je salue le travail de la commission qui a rétabli les dispositions de la loi Santé de 2019, jamais appliquées à ce jour. Cette possibilité doit être ouverte à tous les professionnels de santé travaillant en équipe et non pas aux seuls professionnels hospitaliers. Néanmoins, les inégalités territoriales s'accroissent et constituent une bombe à retardement.

La commission de l'aménagement du territoire et du développement durable que j'ai l'honneur de présider a formulé des propositions pour résorber les inégalités d'accès aux soins. Nous devons continuer à y travailler, notamment dans le cadre du projet de loi 4D. En attendant, nous devons nous contenter de ce texte.

M. Michel Canevet. – Le Ségur de la santé a apporté des réponses aux attentes du terrain, notamment la création de 6 000 postes d'infirmières et de 6 000 postes d'aides-soignantes. Cet effort devra être poursuivi, d'autant que 10 % de ces postes sont vacants.

Ce texte aurait gagné à renforcer la complémentarité entre secteurs public et privé. Ce dernier ne doit pas être oublié.

Il y a peu, des pharmacies souhaitaient s'installer dans le Finistère mais l'ARS ne pouvait leur répondre, faute de décret... Tout cela empêche de répondre aux besoins de nos territoires.

Mme la présidente. – Amendement n°3 rectifié bis, présenté par MM. Bonne, Bascher, Bazin, E. Blanc, Bouloux, Brisson, Burgoa et Chaize, Mme Chauvin, M. Cuypers, Mme L. Darcos, M. Détraigne, Mmes Di Folco, Estrosi Sassone, Garriaud-Maylam, F. Gerbaud, Gruny et Guidez, MM. Henno et Laménie, Mme Lassarade, MM. Moga, Paccaud, Rapin, Savary, Segouin et Gremillet et Mme Schalck.

Supprimer cet article.

M. Bernard Bonne. – Cet article permet à des professionnels de santé exerçant au sein d'établissements médico-sociaux publics ou privés d'élaborer des protocoles locaux de coopération interprofessionnelle et par conséquent à des non-médecins de réaliser des actes médicaux qui relèveraient, en dehors de ce cadre, de l'exercice illégal de la médecine.

Cet exercice dérogatoire pourrait remettre en cause la qualité des soins et la sécurité des patients et faire prendre aux professionnels de santé qui s'engageraient dans ces protocoles une responsabilité considérable.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission a modifié l'article premier bis. Il serait dommage de supprimer toute possibilité de protocole de coopération. Retrait ou avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Même avis.

L'amendement n°3 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°11 rectifié ter, présenté par MM. Mouiller et Henno, Mmes Lavarde, L. Darcos et Di Folco, M. Cambon, Mme Deromedi, M. Pellevat, Mme Belrhiti, MM. Cuypers, Louault, Perrin, Rietmann et Sol, Mmes Chauvin, Dumas, Malet et Puissat, MM. Daubresse, Savary et Burgoa, Mme Lassarade, MM. Charon, Bazin, Lefèvre, Saury, Somon et

Bouchet, Mme Micouleau, M. Belin, Mmes Joseph et F. Gerbaud, MM. Mandelli, Rapin, Piednoir et Paccaud, Mme Gruny, MM. Meurant, Allizard, Kern et Brisson, Mme Estrosi Sassone, MM. Moga, Laménie et P. Martin, Mme Raimond-Pavero, MM. Frassa, E. Blanc, Panunzi et Cadec, Mme Billon, MM. Genet et D. Laurent, Mme Richer, MM. Nougéin, Cardoux, B. Fournier, Chauvet et Favreau, Mme Bonfanti-Dossat et MM. Longeot et Gremillet.

Alinéa 2, première phrase

1° Après le mot :

équipe

insérer les mots :

de soins mentionnée au 3° de l'article L. 1110-12

2° Après la première occurrence du mot :

protocole

insérer les mots :

de coopération

M. Philippe Mouiller. – C'est un amendement pour préciser qu'il s'agit bien de coopération au sein de l'équipe de soin.

Mme la présidente. – Amendement identique n°91, présenté par Mme Meunier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Mme Michelle Meunier. – La précision porte sur deux aspects : il s'agit bien de protocoles de coopération et les équipes mentionnées sont les équipes de soins définies dans le code de la santé publique.

Ces amendements identiques ont été travaillés avec le Collectif Handicaps qui représente plus de 48 associations nationales.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Avis favorable sur le fond mais la rédaction initiale ne laissait aucune place à l'ambiguïté. Retrait ?

M. Philippe Mouiller. – Je fais confiance à M. le ministre.

Mme Michelle Meunier. – Moi aussi, mais nous serons vigilants.

Les amendements identiques n°s 11 rectifié ter et 91 sont retirés.

Mme la présidente. – Amendement n°45 rectifié, présenté par MM. J.M. Arnaud et Belin, Mme Billon, MM. Brisson, Canevet, Delahaye, Delcros et Détraigne, Mme Doineau, M. Duffourg, Mme Férat, MM. Laménie et Le Nay, Mme Loisier, MM. Longeot, P. Martin et Moga et Mmes Perrot et Saint-Pé.

Alinéa 2, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, afin notamment de renforcer le maillage territorial de l'offre de soins

M. Jean-Michel Arnaud. – La prise en charge du patient est le mètre étalon pour les coopérations. Mais dans les territoires ruraux, la distance compte aussi. Or l'offre de soins s'y amenuise, notamment en montagne. Dans les Hautes-Alpes, le service des urgences a été fermé à Embrun, tandis qu'à Gap et à Briançon, il manque du personnel.

La coopération doit contribuer au maillage territorial de l'offre de soins et non être un prétexte pour réduire encore les effectifs ou fermer des unités.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement affirme un objectif territorial pour les protocoles de coopération. Inutile de les énumérer. Retrait ou avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Même avis.

L'amendement n°45 rectifié est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°18 rectifié *quater*, présenté par Mmes Imbert et Belhiti, MM. Laménie et D. Laurent, Mme Estrosi Sassone, M. Sautarel, Mmes Chauvin et Boulay-Espéronnier, MM. Burgoa, Lefèvre, Bouloux, Sol, Perrin et Rietmann, Mmes Lavarde, Deromedi et Gruny, MM. Bascher et Mouiller, Mmes Procaccia et Joseph, M. Pellevat, Mme Puissat, MM. Bonhomme et Savin, Mmes Lopez et Micouleau, MM. Bonne et Belin, Mme Dumont, M. Brisson, Mme Demas, M. Pointereau, Mme L. Darcos, MM. Regnard et Piednoir, Mme F. Gerbaud et MM. Favreau, Saury, Klingler, Vogel et Duplomb.

Alinéa 3

Rétablir les articles L. 4011-4-4 à L. 4011-4-7 dans la rédaction suivante :

« Art. L. 4011-4-4. – Des professionnels de santé exerçant dans le cadre des expérimentations mentionnées à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération avec l'accord du Conseil stratégique de l'innovation en santé.

« Ces protocoles satisfont aux exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2 du présent code.

« Art. L. 4011-4-5. – Des professionnels de santé exerçant au sein des centres mentionnés à l'article L. 6323-1, peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération sur décision du directeur du centre.

« Ces protocoles satisfont aux exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2.

« Art. L. 4011-4-6. – Des professionnels de santé exerçant au sein des centres mentionnés à l'article L. 3121-2, peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre

en œuvre des protocoles locaux de coopération sur décision du directeur du centre.

« Ces protocoles satisfont aux exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2.

« Art. L. 4011-4-7. – Les associations mentionnées à l'article L. 1114-1, lorsqu'elles emploient des professionnels de santé, peuvent, à l'initiative de ces derniers, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération avec l'accord des autorités administratives citées au même article.

« Ces protocoles satisfont aux exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2. »

Mme Corinne Imbert. – Les protocoles de coopération permettent d'innover dans le parcours de soins et de mieux répondre aux attentes des populations. De telles opportunités doivent s'ouvrir à d'autres structures. Certains centres de santé, y compris ceux créés dans le cadre des expérimentations, font déjà le pari d'une approche adaptée aux populations qui les fréquentent. Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd), qui concentrent des publics particulièrement exposés aux risques de contamination par les infections sexuellement transmissibles, doivent aussi pouvoir moduler leurs modalités d'accueil et d'accompagnement. Les associations qui accueillent des professionnels de santé dans le cadre de leurs activités devraient aussi être concernées par ces dispositifs et par les avantages qu'ils offrent.

Mme la présidente. – Amendement identique n°72 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

M. Bernard Jomier. – En 2019, nous avons voté l'expérimentation des protocoles locaux de coopération ; un décret en a ensuite précisé les conditions. Puis la loi ASAP a restreint les protocoles aux seules équipes hospitalières. Avec cette proposition de loi, mouvement inverse ! En outre, l'ordonnance découlant du projet de loi Santé n'est toujours pas publiée. Nous sommes en plein flou.

M. Alain Milon, rapporteur. – La rédaction de la commission est suffisamment large pour permettre à toutes les structures de se saisir de ces opportunités. Les amendements sont satisfaits : inutile de décliner toute la liste des structures au sein desquelles un protocole local de coopération peut être mis en place. Retrait ou avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Je suis sensible aux intentions des auteurs de ces amendements.

La loi du 22 décembre 2018 ouvre les protocoles aux centres de santé. De plus, un protocole national de coopération actuellement examiné par la HAS l'ouvrira aux Cegidd.

Je suis cependant défavorable à étendre cette possibilité aux associations agréées, en dehors des textes de loi. Retrait ou avis défavorable.

Mme Corinne Imbert. – Je fais confiance au rapporteur et au ministre.

Les amendements identiques n°s 18 rectifié quater et 72 rectifié sont retirés.

L'article premier bis, modifié, est adopté.

L'article premier ter A est adopté.

ARTICLE PREMIER TER

Mme la présidente. – Amendement n°73, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Supprimer cet article.

M. Bernard Jomier. – Nous nous réjouissons de l'adoption de l'article premier ter A. Il est important qu'un représentant du secrétaire d'État au handicap soit associé au Comité national des coopérations interprofessionnelles, composé de représentants de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, de la HAS, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ainsi que des ARS.

L'article ajoute l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), qui rassemble des associations de professionnels libéraux. Mais l'UNPS n'est pas issu d'élections professionnelles comme le sont les unions régionales des professions de santé libérales. Plusieurs syndicats n'acceptant pas que l'UNPS parle en leur nom, il convient de supprimer cet article.

M. Alain Milon, rapporteur. – Retrait ou avis défavorable. Je ne vois pas d'obstacle à ce qu'une organisation comme l'UNPS soit associée à ce comité. Les douze professions de santé qu'elle rassemble ne seraient pas représentées autrement.

M. Olivier Véran, ministre. – Même avis.

L'amendement n°73 n'est pas adopté.

L'article premier ter est adopté.

CHAPITRE II

Mme la présidente. – Amendement n°26 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Guerriau, Médevielle, Menonville et Wattebled, Mme Mélot, MM. Lagourgue, A. Marc, Capus, Verzelen, Pellevat, Canevet et Laménie, Mme Garriaud-Maylam, M. Lefèvre, Mme F. Gerbaud et MM. Moga, Genet, Lafon, Meurant, Longeot et Sautarel.

Dans l'intitulé de cette division, après le mot :

sage-femme

insérer les mots :

, de pharmacien

M. Daniel Chasseing. – Cet amendement inclut la profession de pharmacien dans le périmètre du chapitre II.

M. Alain Milon, rapporteur. – Favorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Défavorable.

L'amendement n°26 rectifié est adopté.

L'article premier ter est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS avant l'article 2

Mme la présidente. – Amendement n°37 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Guerriau, Médevielle, Menonville et Wattebled, Mme Mélot, MM. Lagourgue, A. Marc, Capus, Verzelen, Pellevat, Canevet, Laménie et Nougein, Mme Garriaud-Maylam, M. Lefèvre, Mme F. Gerbaud et MM. Moga, Genet, Meurant, Longeot et Sautarel.

Avant l'article 2

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. »

M. Daniel Chasseing. – Il faut étendre aux pharmaciens l'autorisation de prescrire des substituts nicotiques, déjà ouverte pour les médecins, dentistes, sages-femmes, infirmières et kinésithérapeutes, afin de renforcer la lutte contre le tabagisme et d'améliorer les taux de morbidité et de mortalité des personnes accoutumées au tabac.

Mme la présidente. – Amendement identique n°180 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, Bilhac et Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold, Guérini et Guiol, Mme Pantel, MM. Requier et Roux et Mme Doineau.

Mme Véronique Guillotin. – Quand vous achetez du Doliprane, on ne se soucie pas de différencier le prescripteur et le vendeur. Pourquoi une telle différence pour les substituts nicotiques ?

M. Alain Milon, rapporteur. – Les pharmaciens ne prescrivent pas les médicaments, ils les délivrent. Avis défavorable, comme il le fut en 2016 lorsque nous eûmes le même débat.

M. Olivier Véran, ministre. – À regret, même avis.

Les amendements identiques n°37 rectifié et 180 rectifié bis ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – Amendement n°32 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Guerriau, Médevielle, Menonville et Wattebled, Mme Mélot, MM. Lagourgue, A. Marc, Capus, Verzelen, Pellevat, Canevet, Laménie et Nougein, Mme Garriaud-Maylam, M. Lefèvre, Mme F. Gerbaud, MM. Moga, Genet, Meurant, Fialaire, Longeot et Sautarel et Mme N. Delattre.

Avant l'article 2

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le onzième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 11° Peuvent prescrire un traitement monodose pour une cystite et pratiquer préalablement un examen cytbactériologique des urines. Les résultats sont communiqués au médecin traitant et inscrit dans le dossier médical partagé ;

« 12° Peuvent contrôler la tension artérielle. » ;

2° Au dernier alinéa, après la référence : « 10° », sont insérés les mots : « , du 11° et du 12° ».

M. Daniel Chasseing. – Les pharmaciens connaissent les familles et les médicaments. Cet amendement les autorise à prendre la tension artérielle, à prescrire les médicaments pour une cystite et à pratiquer un examen des urines.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces missions me semblent déjà acquises depuis la loi Santé de juillet 2019. Les cystites pourraient être visées au vu des débats parlementaires. Retrait ou avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Même avis.

L'amendement n°32 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°36 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Guerriau, Médevielle, Menonville et Wattebled, Mme Mélot, MM. Lagourgue, A. Marc, Capus, Verzelen, Pellevat, Canevet et Laménie, Mme Garriaud-Maylam, M. Lefèvre, Mme F. Gerbaud, MM. Moga, Genet, Meurant, Fialaire, Longeot et Sautarel et Mme N. Delattre.

Avant l'article 2

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5126-3 du code de la santé publique est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Un pharmacien d'officine peut fournir et organiser la distribution des médicaments dans les établissements médico-sociaux. »

M. Daniel Chasseing. – Il n'y a pas de pharmacie intérieure dans les Ehpad. Souvent, les pharmaciens d'officine viennent bénévolement placer les médicaments nécessaires dans les piluliers.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement est satisfait depuis 2017. Retrait ou avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Même avis.

L'amendement n°36 rectifié bis est retiré.

L'article 2 est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL après l'article 2

Mme la présidente. – Amendement n°27 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Guerriau, Médevielle, Menonville et Wattebled, Mme Mélot, MM. Lagourgue, A. Marc, Capus, Verzelen, Pellevat et Canevet, Mme Guidez, MM. Laménié et Nougéin, Mme Garriaud-Maylam, M. Lefèvre, Mme F. Gerbaud, MM. Moga, Genet, Lafon, Meurant, Fialaire, Longeot et Sautarel, Mme Létard et M. Henno.

Après l'article 2

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 5° de l'article L. 5125-8181 A du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...°Peuvent effectuer une visite pharmaceutique auprès du patient, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, à la demande du médecin traitant ou du médecin coordonnateur ; ».

M. Daniel Chasseing. – À la demande du médecin traitant, le pharmacien doit pouvoir se déplacer à domicile ou dans un Ehpad afin d'évaluer la situation de prise du médicament d'un patient dans un objectif de simplification des traitements et de réduction de l'iatrogénie.

M. Alain Milon, rapporteur. – Retrait ou avis défavorable : cette disposition relève de discussions conventionnelles entre pharmaciens et médecins.

M. Olivier Véran, ministre. – Même avis.

L'amendement n°27 rectifié bis est retiré.

ARTICLE 2 BIS

Mme la présidente. – Amendement n°190, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale, sont insérés des articles L. 162-8-... à L. 162-8-... ainsi rédigés :

« Art. L. 162-8-... – Les sages-femmes participent aux soins primaires pour la santé des femmes, de par leur action de prévention, de dépistage, et de diagnostic de la pathologie. Les sages-femmes participent à la mise en place et à la gestion du dossier médical partagé prévu à l'article L. 1111-14 du code de la santé publique. Les consultations médicales sont données au cabinet de la sage-femme, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télésanté telle que définie à l'article L. 6316-1 du même code.

« Art. L. 162-8-... – Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des sages-femmes est assuré conformément aux principes

déontologiques fondamentaux que sont le libre choix de la sage-femme par la patiente, la liberté de prescription de la sage-femme, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par la patiente.

« Art. L. 162-8-... – Les sages-femmes sont tenues, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. »

Mme Laurence Cohen. – La loi doit préciser que les sages-femmes sont des praticiennes de soins primaires pour les femmes enceintes.

La lisibilité, l'accessibilité et la fluidité du parcours de santé reposent sur la proximité. Nous proposons donc de compléter le plan Ma santé 2022 - une fois n'est pas coutume.

Cela fait plusieurs mois que les sages-femmes se mobilisent pour que leur profession médicale soit pleinement reconnue, ce qui passe par une revalorisation salariale.

Mme la présidente. – Amendement n°48 rectifié *ter*, présenté par M. Longeot.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le premier alinéa de l'article L. 4151-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les sages-femmes contribuent auprès de la femme et de l'enfant aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11. »

M. Jean-François Longeot. – Les actions de dépistage, de prévention et de diagnostic, de dispensation et d'administration des médicaments, contribuent à pallier le manque de médecins et à améliorer l'accès aux soins.

Les sages-femmes sont souvent les praticiennes de premier recours pour la santé des femmes. Cet amendement vise à reconnaître officiellement leur contribution à ces soins de premier recours.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les missions des sages-femmes figurent dans le code de la santé publique. Les réaffirmer ici ne serait pas utile, pas plus que de les doubler avec le code de déontologie de cette profession. Retrait ou avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Dans le Ségur, nous avons porté une grande attention aux maïeuticiens. La profession évolue, le bloc de revalorisation pour les sages-femmes qui travaillent en établissement témoigne de cette attention particulière. De même, nous voulons lutter contre les contrats courts. Ces amendements sont satisfaits. Retrait ?

Mme Laurence Cohen. – Si cet amendement est satisfait, soit !

L'Insee classe la profession comme paramédicale, ce qui a un effet sur leur salaire. Il faut les écouter.

M. Olivier Véran, ministre. – J'ai reçu les représentants des sages-femmes et j'ai alerté Bercy sur la classification Insee - sur laquelle la décision sera interministérielle.

*L'amendement n°190 est retiré,
ainsi que l'amendement n°48 rectifié ter.*

L'article 2 bis est adopté.

ARTICLE 2 QUATER

Mme la présidente. – Amendement n°4 rectifié bis, présenté par MM. Bonne, Bascher, Bazin, E. Blanc, Bouloux, Brisson et Burgoa, Mme Chauvin, M. Cuyppers, Mmes L. Darcos, Di Folco, Estrosi Sassone, F. Gerbaud et Guidez, MM. Henno, Laménie et Moga, Mme Muller-Bronn, MM. Rabin, Savary, Segouin, Paccaud et Gremillet et Mme Schalck.

Supprimer cet article.

M. Bernard Bonne. – Les articles L. 4151-1 à L. 4115-10 du code de la santé publique définissent les compétences des sages-femmes et prévoient que ces dernières sont tenues d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique, ce qui est le cas en cas de suspicion d'infection par une IST.

Pour la sécurité des patientes, la prescription d'un traitement curatif doit relever du médecin, seul professionnel compétent pour le prescrire.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'article a été réécrit en commission en excluant le traitement curatif. La nouvelle rédaction devrait vous satisfaire. Retrait ou avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. – Même avis.

M. Bernard Bonne. – Je vous fais totalement confiance. (*Sourires*)

L'amendement n°4 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°49 rectifié bis, présenté par M. Longeot.

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 4151-4 du code de la santé publique 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. – Les sages-femmes peuvent prescrire les actes, produits et prestations sur des listes fixées par voie réglementaire. Ces listes pouvant devenir rapidement obsolètes exposent la patiente à une double consultation, d'abord chez la sage-femme, puis chez le médecin.

Cet amendement supprime ces restrictions et ouvre plus largement mais strictement, le droit de prescription des sages-femmes.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'article L. 4151-4 du code de la santé publique prévoit déjà la prescription par les sages-femmes, selon une liste définie par arrêté, de dispositifs médicaux, médicaments et examen médicaux. Le cadre actuel ajusté est suffisant.

Cet amendement entrerait, en outre, en contradiction avec d'autres dispositions du code de la santé publique encadrant les missions des sages-femmes. Retrait ou avis défavorable.

M. Olivier Véran, ministre. – L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a récemment été saisie pour réviser la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. Avis défavorable.

M. Jean-François Longeot. – Je maintiens cet amendement, car il répond à un problème d'aménagement du territoire et d'accès aux soins.

M. Bernard Jomier. – Va-t-on aligner le droit appliqué aux sages-femmes sur celui d'autres professions médicales, comme les chirurgiens-dentistes, ou se contenter de colmater les brèches ?

Nous voterons cet amendement, qui donne aux sages-femmes la plénitude du droit de prescription dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

*L'amendement n°49 rectifié bis est adopté
et l'article 2 quater est ainsi rédigé.*

*Les amendements n°s 131, 28 rectifié ter,
53 rectifié, 92, 33 rectifié bis
et 183 rectifié n'ont plus d'objet.*

ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 2 quater

Mme la présidente. – Amendement n°44 rectifié, présenté par MM. J.M. Arnaud et Belin, Mme Billon, MM. Brisson, Canevet et Delahaye, Mme de La Provôté, MM. Delcros et Détraigne, Mme Doineau, M. Duffourg, Mmes Férat, Gatel, Guidez et Havet, MM. Lafon, Laménie et Le Nay, Mme Loisier, MM. Longeot, P. Martin et Moga et Mmes Perrot et Saint-Pé.

Après l'article 2 quater

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La sage-femme peut être désignée comme référent parcours par les futurs parents afin de coordonner pendant et après la grossesse la préparation à la naissance et à la parentalité en lien avec les différents professionnels de santé. »

M. Jean-Michel Arnaud. – La prévention des complications de la grossesse et des risques psychosociaux repose sur la relation de confiance

avec les professionnels de santé qui assurent le suivi. Or, ils sont souvent nombreux, ce qui suppose de coordonner les interventions sans les multiplier.

Un référent parcours doit être identifié dès le début de la grossesse : ce peut être une sage-femme, qui pourra poursuivre et personnaliser l'accompagnement.

Les sages-femmes en exercice libéral constituent un maillage précieux dans les territoires ruraux et les petites villes en manque de médecins.

Mme la présidente. – Amendement n°31 rectifié *ter*, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Guerriau, Médevielle, Menonville et Wattebled, Mme Mélot, MM. Lagourgue, A. Marc, Capus, Verzelen, Pellevat, Canevet, Laménie et Nougain, Mmes Garriaud-Maylam et Saint-Pé, M. Lefèvre, Mme F. Gerbaud, MM. Moga, Genet, Meurant, Fialaire, Longeot et Sautarel, Mmes N. Delattre et Létard et M. Henno.

Après l'article 2 *quater*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-8-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-8-... – Afin de favoriser la coordination des soins en lien avec le médecin, toute assurée ou ayant droit enceinte peut déclarer à son organisme gestionnaire de régime de base de l'assurance maladie le nom de sa sage-femme référente. »

M. Daniel Chasseing. – Cet amendement permet à chaque femme enceinte de déclarer une sage-femme référente qui tient à jour un dossier obstétrical. Cela répondra aux besoins et aux attentes des femmes et des professionnels.

Mme la présidente. – Amendement n°101, présenté par Mme Poncet Monge, M. Benarroche, Mme Benbassa, MM. Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco, MM. Parigi et Salmon et Mme Taillé-Polian.

Après l'article 2 *quater*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-8-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-8-... – Afin de favoriser la coordination des soins en lien avec le médecin, pendant et après la grossesse, toute assurée ou ayant droit enceinte peut déclarer à son organisme gestionnaire de régime de base de l'assurance maladie le nom de sa sage-femme référente.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire. »

Mme Raymonde Poncet Monge. – La simplification proposée est pertinente : le modèle périnatal français doit évoluer ; il faut notamment renforcer le lien ville-hôpital.

Cet amendement, qui reprend une recommandation du rapport Cyrulnik et de la HAS, permet à chaque femme enceinte de déclarer à l'assurance maladie une sage-femme référente et nouer ainsi une relation de confiance au moment de la grossesse. La sage-femme ne va pas remplacer le médecin traitant, mais lui transmettre les informations. Elle fera le lien avec la maternité et organisera en amont le retour à domicile.

Cette mesure a été réfléchie avec le Conseil national de l'ordre des sages-femmes.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'instauration de sages-femmes référentes était demandée par la profession. Les amendements ne précisent toutefois pas les implications concrètes du dispositif. Retrait des amendements n°44 rectifié et 31 rectifié *ter* au profit de l'amendement n°101, sur lequel la commission a émis un avis de sagesse car il renvoie à un décret, ce qui nous semble préférable.

M. Olivier Véran, ministre. – La mise en place de professionnels de santé référents en périnatalité est une préconisation du rapport Cyrulnik. Une expérimentation va être lancée sur quelques territoires, afin de trouver la meilleure organisation avant une éventuelle généralisation. Retrait en attendant le lancement et les résultats de l'expérimentation.

Les amendements n°44 rectifié et 31 rectifié ter sont retirés.

M. René-Paul Savary. – Une expérimentation préalable s'impose car nous avons le médecin référent, l'infirmière référente, la sage-femme référente... C'est comme pour les aides : tout le monde fait des guichets uniques.

Ne conservons qu'un seul professionnel référent, quel qu'il soit. Quand tout le monde est coordinateur, il n'y a plus de coordination !

M. Jean-Michel Arnaud. – Monsieur le ministre, quels seront les départements concernés par cette expérimentation ? Dans beaucoup de territoires, il n'y a pas de médecins coordinateurs, faute de médecins !

Dans les Hautes-Alpes, on compte 3,4 ou 3,5 gynécologues pour 100 000 habitants, mais le taux avoisine zéro en Ardèche. La sage-femme est un professionnel de santé précieux dans les territoires. Dans ma commune de 2 500 habitants, c'est le cas.

Je me rallie volontiers à l'amendement de Mme Poncet-Monge et attends avec impatience le retour de l'expérimentation.

L'amendement n°101 est adopté et devient un article additionnel.

ARTICLE 2 QUINQUIES A

M. Alain Milon, rapporteur. – L'adoption de l'amendement n°49 rectifié *bis* de M. Longeot rend cet article sans objet. Aussi, je vous invite à le supprimer et je retire mon amendement.

L'amendement n°206 est retiré.

L'article 2 quinquies A n'est pas adopté.

ARTICLE 2 QUINQUIES B (Supprimé)

Mme la présidente. – Amendement n°199 rectifié *bis*, présenté par Mme Doineau, MM. Moga, Kern, J.M. Arnaud et Longeot, Mme Loisier, M. Détraigne, Mmes Vérien, Billon, Saint-Pé et Perrot, MM. Mizzon, Hingray, Levi, Le Nay, Laugier, S. Demilly et Canevet, Mme Gatel, M. Louault, Mme Dindar, MM. Lafon et Cadic, Mme de La Provôté, MM. Cigolotti, Duffourg et Delcros, Mmes Létard et Jacquemet et MM. Vanlerenberghe et P. Martin.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Lorsque le patient est adressé par une sage-femme à un autre médecin à l'occasion de soins qu'il est amené à lui dispensés. Un compte-rendu des soins ayant été réalisés par une sage-femme est adressé au médecin traitant et peut être reporté dans le dossier médical partagé. »

Mme Élisabeth Doineau. – Cet amendement rétablit l'article 2 *quinquies* B, adopté par l'Assemblée nationale, qui permet aux sages-femmes d'adresser leurs patientes à un médecin spécialiste, sans que celles-ci ne soient pénalisées en termes de remboursement.

Afin de garantir un suivi dans la logique du parcours de soins coordonné, un compte rendu des soins réalisés par une sage-femme est adressé au médecin traitant et peut être reporté dans le dossier médical partagé. C'est une marque de confiance à l'égard des sages-femmes.

Mme la présidente. – Amendement n°100, présenté par Mme Poncet Monge, M. Benarroche, Mme Benbassa, MM. Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco, MM. Parigi et Salmon et Mme Taillé-Polian.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Lorsque le patient est adressé par une sage-femme à un autre médecin à l'occasion des soins qu'il est amené à lui dispenser. »

Mme Raymonde Poncet Monge. – Sage-femme est une profession médicale. Une femme peut choisir d'être suivie par une sage-femme ou un médecin généraliste pendant sa grossesse. La sage-femme doit pouvoir orienter la patiente vers un médecin spécialiste, par exemple un cardiologue, à la suite d'un examen cardiorespiratoire de grossesse.

Cette mesure évite des consultations non pertinentes et coûteuses et reconnaît le rôle et la compétence des sages-femmes.

Mme la présidente. – Amendement n°132, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Lorsque le patient est adressé par une sage-femme à un autre médecin à l'occasion des soins qu'il est amené à dispenser. »

Mme Cathy Apourceau-Poly. – L'article supprimé par la commission des affaires sociales simplifiait le parcours de soins et limitait le risque de renoncement aux soins faute de disponibilité des généralistes, notamment dans certains territoires.

Dans le contexte sanitaire actuel, évitons de surcharger les généralistes. Il n'y a pas de remise en cause du parcours de soins puisque certains spécialistes sont déjà accessibles directement.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable aux trois amendements. Cet article remettrait en cause le rôle pivot du médecin traitant. Si on fait cela, les infirmiers demanderont la même chose l'année prochaine ! On reviendrait vingt ans en arrière, avec des patients qui vont voir 36 médecins différents et se retrouvent avec 36 ordonnances. Un de mes patients a fait une hépatite toxique après avoir vu un rhumatologue et cardiologue le même jour...

Laissons le médecin généraliste être le pivot. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains*)

M. Olivier Véran, ministre. – Je partage l'avis du rapporteur. On étend considérablement le périmètre du champ d'action des sages-femmes.

La profession évolue énormément depuis trois à quatre ans. Vous avez écarté la notion de professionnel de santé intermédiaire, mais ces amendements dessinent une profession qui ressemble furieusement à celle de médecin... Attention à ne pas tout confondre.

Il ne s'agit pas de nier l'éthique ou les compétences des sages-femmes, mais en cas de problème de santé, il faut voir un médecin. Il faut toujours en référer au médecin traitant.

Tout le monde veut coordonner les soins... Je suis pour l'évolution des métiers, mais le parcours de soins est un acquis qui a amélioré la santé des Français. Avis défavorable.

M. Bernard Jomier. – Je défends le fait que la profession de sage-femme doit exercer la plénitude de ses missions dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Point.

Ne désorganisons pas le parcours de soins - ce serait renforcer les inégalités sociales et de santé.

La simplification, ce n'est pas de permettre à chacun de faire ce qu'il veut. Le parcours de soins, c'est une maison à deux étages : on rentre d'abord par la porte, pas par la fenêtre du deuxième étage.

Imaginez une femme ayant des brûlures d'estomac ; dans 95 % des cas, le médecin traitant règle le problème, inutile de consulter un gastro-entérologue, de multiplier les actes techniques.

Avec ces amendements, on sort du suivi de la santé sexuelle et reproductive et on désorganise tout.

En outre, les amendements ne limitent pas cette faculté à la période de grossesse. Je ne peux y souscrire.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Demain, les infirmiers nous demanderont la même chose, dites-vous ? Infirmier, c'est une profession paramédicale, à la différence de sage-femme qui est une profession médicale. La plupart ont un niveau Bac+5 et sont passées par la Paces. Non, nous ne proposerons pas la même chose pour les infirmiers.

Dans le bassin minier du Pas-de-Calais, de très nombreuses personnes n'ont plus de médecin traitant - dont moi, car mon généraliste est parti en retraite. Que dit-on à toutes ces femmes qui ont besoin de voir un spécialiste ? D'attendre la Saint Glin-Glin pour consulter un généraliste ? Cela vaut aussi pour les territoires ruraux.

Mme Véronique Guillotin. – Le généraliste est au cœur du parcours de soins. On peut étendre les compétences des sages-femmes, mais le pivot doit rester le médecin traitant. Le problème de la démographie médicale n'est pas un argument : on ne peut traiter les territoires différemment. Je voterai contre ces amendements.

M. Olivier Henno. – Ma religion n'était pas faite sur ce sujet, j'ai d'ailleurs voté l'amendement de M. Longeot. Mais le médecin coordonnateur est un acquis. Ne détricotons pas cette organisation.

Je voterai contre ces amendements.

M. René-Paul Savary. – Ce n'est pas parce qu'on a mal à l'estomac qu'on a un problème à l'estomac ! Cela peut être le signe d'un infarctus, par exemple ! En l'orientant mal, on met le patient en danger.

Vous ne rendez pas service aux sages-femmes, car il y aurait une question de responsabilité. Prenons le problème dans le bon sens.

M. Daniel Chasseing. – Dans mon esprit, la prescription par la sage-femme se fait en accord avec le médecin traitant. Les examens cliniques sont de la compétence du médecin. Je voterai contre ces amendements.

Mme Laurence Cohen. – Ce débat est très intéressant. Nous sommes sensibles à la notion de parcours de soins, mais la France est confrontée à un réel problème de démographie médicale. Il faut trouver des solutions pour assurer le suivi des patients.

En outre, une femme va généralement voir une sage-femme quand elle est enceinte : cela limite l'application du dispositif proposé. Ce n'est pas la porte ouverte à la désorganisation du système de soins !

Mme Élisabeth Doineau. – Où mettre le curseur en matière de délégation des tâches ? J'entends les arguments du ministre sur le parcours de soins, mais ce monde idéal n'existe pas toujours dans nos territoires qui manquent de médecins traitants.

Je proposais dans mon amendement que les informations soient transmises au médecin traitant, ce qui me semble offrir une sécurité suffisante et répondre à la question de la responsabilité de la sage-femme.

L'amendement n°199 rectifié bis n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 100 et 132.

L'article 2 quinquies B demeure supprimé.

La séance est suspendue à 20 h 5.

PRÉSIDENCE DE M. ROGER KAROUTCHI,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 21 h 35.

Décès d'un ancien sénateur

M. le président. – J'ai le regret de vous informer du décès de notre ancien collègue William Chervy qui fut sénateur de la Creuse de 1981 à 1998.

Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (Procédure accélérée – Suite)

Discussion des articles (*Suite*)

ARTICLE 2 QUINQUIES

M. le président. – Amendement n°104, présenté par Mme Poncet Monge, M. Benarroche, Mme Benbassa, MM. Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco, MM. Parigi et Salmon et Mme Taillé-Polian.

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase de l'avant-dernier alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « Le masseur-kinésithérapeute peut pratiquer son art sur prescription médicale. Dans ce cas, il est habilité à renouveler et adapter, sauf indication contraire du

médecin, les prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est supprimée ;

b) La seconde phrase est ainsi rédigée : « Un compte-rendu des soins ayant été réalisés par le masseur-kinésithérapeute est adressé au médecin traitant et peut être reporté dans le dossier médical partagé. »

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous simplifions en permettant aux patients d'accéder directement au diagnostic et aux traitements kinésithérapiques. Les quelque 100 000 masseurs-kinésithérapeutes ont une grande autonomie dans leur pratique, mais elle reste soumise à la prescription médicale, même quand ce n'est pas pertinent. Les exceptions prévues comme les cas d'urgence et les protocoles de coopération sont peu lisibles pour le patient.

Cette mesure serait bienvenue dans les territoires où l'accès à un médecin généraliste est difficile, entraînant des renoncements aux soins. Elle n'entraîne pas de surcoût pour la sécurité sociale : le remboursement des soins dispensés serait conditionné à des référentiels émis par l'Assurance maladie après avis de la HAS.

Enfin, le remboursement serait conditionné au versement du bilan kinésithérapique et du compte rendu des soins au dossier médical partagé.

M. le président. – Amendement identique n°192 rectifié *bis*, présenté par Mme Doineau, MM. Kern, J.M. Arnaud et Longeot, Mme Loisier, MM. Lafon et Détraigne, Mmes Vérien, Billon, Saint-Pé et Perrot, MM. Mizzon, Hingray, Levi, Le Nay, Laugier, S. Demilly et Canevet, Mmes Gatel, Dindar et Guillotin, M. Cadic, Mme de La Provôté, MM. Cigolotti et Duffourg, Mme Jacquemet et MM. Vanlerenberghe et P. Martin.

Mme Élisabeth Doineau. – Dans de nombreux territoires sous-dotés, des patients ne peuvent accéder aux soins de masso-kinésithérapie faute de médecins et donc de prescripteurs. Cette absence peut conduire à un défaut de prise en charge.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement ne mentionne pas les territoires sous-dotés.

L'article 2 *quinquies* permet déjà aux masseurs-kinésithérapeutes d'adapter une prescription médicale datant de moins d'un an. Le médecin traitant doit rester le pivot du système de soins. Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie. – Même avis.

Les amendements identiques n°s 104 et 192 rectifié bis ne sont pas adoptés.

L'article 2 quinquies est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 2 quinquies

M. le président. – Amendement n°75, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 2 *quinquies*

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. – Reprenant une préconisation de la Cour des comptes, cet amendement donne compétence aux infirmiers et aux médecins généralistes pour délivrer des autotests VIH, afin de multiplier les points d'accès au dépistage. En la matière, la France est très en retard : plus de 170 000 personnes vivent avec le virus, dont 30 000 ne le savent pas, selon les estimations. Encore un tiers des découvertes de séropositivité sont trop tardives.

En 2017, plus de 90 000 autotests ont été vendus en France, ce qui reste insuffisant. Les consultations infirmières ou auprès du généraliste sont souvent l'occasion d'échanger et de se confier ; il serait pertinent de délivrer un autotest à cette occasion.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le code de la santé publique autorise déjà la délivrance de ces autotests dans les centres de dépistage, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et les centres de prévention sanitaire habilités. Élargir le dispositif aux infirmiers et aux médecins généralistes serait intéressant. Corinne Imbert a formulé des propositions, au nom de notre commission, pour généraliser le dépistage gratuit sans prescription. Qu'en pense le Gouvernement ?

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis défavorable. En sus des 90 000 autotests vendus par an, 85 000 sont aussi distribués par des associations habilitées. Ce sujet sera traité dans le cadre de la prochaine feuille de route de la stratégie nationale sur la santé sexuelle.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

M. Daniel Chasseing. – J'y suis aussi favorable : 30 000 personnes qui ignorent leur séropositivité, c'est dangereux. Il faudrait aussi des autotests pour la covid...

L'amendement n°75 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°77 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 2 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 3121-2-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3121-2-... ainsi rédigé :

« Art. L. 3121-2-... – I. – Lorsqu'une situation d'urgence justifie la prise d'un traitement indiqué dans la prévention de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine, les premières prises de ce traitement peuvent être prescrites par un médecin de ville ou peuvent être délivrées sans ordonnance par un pharmacien, après information du patient sur le protocole à suivre pour la poursuite efficace du traitement.

« Par dérogation à l'article L. 1111-5, la personne mineure, qui s'oppose à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale préalablement à la mise en œuvre du traitement prévu au premier alinéa du présent I, est dispensée de se faire accompagner d'une personne majeure.

« II. – Sous réserve de la réalisation préalable des examens nécessaires, la prescription d'un traitement indiqué dans la prévention de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine peut intervenir à l'occasion d'une téléconsultation assurée par un médecin, sans nécessité pour le patient d'avoir été préalablement orienté par son médecin traitant ni d'avoir déjà consulté en présentiel le médecin téléconsultant.

« III. – Les modalités d'application des I et II du présent article sont précisées par décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé. »

M. Bernard Jomier. – Le traitement post-exposition au VIH (TPE) et la prophylaxie pré- et post-exposition (PrEP) devaient marquer un nouveau jalon dans la lutte contre le VIH.

On pouvait penser que l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de 2016 marquerait le début d'une montée en puissance, or le nombre de prescriptions de PrEP a baissé de 27 345 entre 2019 et 2020. L'AMM européenne réservait les primo-prescriptions aux spécialistes et aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Désormais, cette restriction n'est plus justifiée, les contre-indications étant mieux connues.

Le ministre de la Santé avait rédigé un projet de décret ouvrant la prescription aux médecins de ville, mais le Conseil d'État a constaté une incompatibilité avec l'AMM européenne. Le Portugal a trouvé une parade rédactionnelle dont nous pourrions nous inspirer.

Pour l'heure, la prescription hors AMM reste possible ; mais cela nous renvoie au manque de cohérence de la France en matière d'exercice coordonné.

D'où cet amendement qui autorise les médecins de ville à prescrire la PrEP et le TPE. Les contraintes techniques et juridiques ne devraient pas compromettre la lutte contre le VIH.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement rejoint les préconisations du rapport de Corinne Imbert et de celui de la Cour des comptes, également commandé par la commission des affaires sociales. Avis favorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – La délivrance d'un TPE doit mobiliser la communauté médicale ; elle s'accompagne d'un bilan biologique préalable. On ne peut pas découvrir sa séropositivité seul... Nous partageons la même ambition mais avis défavorable à ce stade.

M. Bernard Jomier. – Olivier Véran a pourtant tenté d'autoriser la prescription par les médecins de ville dans un texte réglementaire ! Inscrivons la mesure dans la loi pour lever l'obstacle.

L'amendement n°77 rectifié est adopté, et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°78, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 2 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un patient en perte d'autonomie ou en affection longue durée peut désigner, au sein d'une équipe de soins et en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, une infirmière ou un infirmier référent afin d'assurer la coordination clinique de proximité en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien référent. L'infirmière ou l'infirmier référent, le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont signataires d'un projet de santé au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 ou L. 6323-3. »

M. Bernard Jomier. – Les infirmiers sont amenés à jouer un rôle central dans le système de soins, au vu des enjeux de santé publique et de la révolution démographique. Ils doivent voir leurs missions évoluer.

Le concept d'infirmier de famille ou référent a été consacré au niveau international, mais en France, il reste le chaînon manquant entre le médecin et le pharmacien référents. Il serait particulièrement utile aux patients en perte d'autonomie ou souffrant d'une ALD. Le Sénat l'avait voté dans le projet de loi Ma Santé 2022, mais Mme Buzyn s'y était opposée.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette mesure répond en effet à un objectif louable de coordination de soins, mais quelle est sa plus-value concrète ? Sagesse.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Depuis 2020, les infirmiers libéraux en pratique avancée ont vu leur rôle reconnu en matière de prise en charge globale. Évitions toute complexité inutile. Avis défavorable.

M. Bernard Jomier. – Je parle seulement des patients en ALD ou en perte d'autonomie, qui bénéficient de soins infirmiers récurrents. Dans leur cas, le triptyque infirmier-médecin traitant-pharmacien prend tout son sens.

L'amendement n°78 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°47 rectifié *quinquies*, présenté par MM. Mouiller et Favreau, Mme Di Folco, MM. Cuypers et Le Rudulier, Mmes Belhiti, Schalck et Micouneau, M. Belin, Mme Joseph, M. Lefèvre, Mme Deromedi, M. Kern, Mme Gruny, MM. Vogel, Pellevat, Bonne et Boré, Mme F. Gerbaud, MM. Laménie, Mandelli et B. Fournier, Mme Demas, M. Bonhomme, Mmes Pluchet et Imbert, MM. Piednoir, Paccaud et Mizzon, Mme L. Darcos, M. Regnard, Mmes Estrosi Sassone et Canayer, MM. Panunzi et Cadec, Mmes Lopez et Puissat, M. Brisson, Mme Primas, MM. Longeot et Cambon, Mme Garriaud-Maylam, M. de Nicolaÿ, Mme Deseyne, MM. Dallier, Pointereau, Somon, Perrin, Rietmann, Burgoa, Tabarot, Rapin et D. Laurent, Mme Doineau, M. Frassa, Mme Borchio Fontimp, MM. Bazin, Charon et Moga, Mme de Cidrac, MM. Sautarel, Gremillet, Genet et Savin, Mme Dumont et MM. Chevrollier et Rojouan.

Après l'article 2 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L.4331-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ils peuvent prescrire ou, sauf indication contraire du médecin, renouveler les prescriptions médicales des dispositifs médicaux et aides techniques dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine, dans des conditions définies par décret. »

M. Philippe Mouiller. – Cet amendement autorise les ergothérapeutes à prescrire des dispositifs médicaux, notamment des aides techniques. C'est une proposition récente du docteur Philippe Denormandie.

Ayant longtemps travaillé sur la question, je puis assurer qu'il est souvent difficile aux personnes handicapées d'obtenir des prescriptions dans des délais raisonnables. Il faut fluidifier leur parcours de santé, ainsi que celui des personnes âgées.

M. le président. – Amendement identique n°50 rectifié *quater*, présenté par M. Canevet, Mme Dindar, M. Levi, Mmes Jacquemet, Vermeillet et de La Provôté, M. J.M. Arnaud, Mme Férat, MM. Folliot, Lafon et Détraigne, Mmes Billon et Vérien, MM. Delahaye et Le Nay, Mme Saint-Pé, M. P. Martin, Mme Gatel et MM. Cigolotti et Delcros.

Mme Annick Jacquemet. – La liste des aides techniques serait définie par un arrêté du ministre de la santé.

M. le président. – Amendement identique n°56 rectifié *quater*, présenté par MM. Henno, Chauvet et Duffourg, Mmes Létard et N. Goulet et MM. Laugier et S. Demilly.

M. Olivier Henno. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°90 rectifié *ter*, présenté par Mme Le Houerou et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Mme Michelle Meunier. – Les ergothérapeutes sont très bien placés pour accompagner les personnes en situation de handicap.

M. le président. – Amendement identique n°184 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano et Bilhac, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold et Guérini, Mme Pantel et MM. Requier et Roux.

Mme Véronique Guillotin. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°200 rectifié *bis*, présenté par Mme Guidez, MM. de Legge et Guerriau, Mme Havet, M. Decool, Mme Mélot, MM. Lagourgue et Maurey, Mmes Boulay-Espéronnier et Benbassa et M. Anglars.

Mme Jocelyne Guidez. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission avait demandé la rectification de ces amendements pour inclure la référence au décret. Avis favorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis défavorable à ce stade, même si je travaille aussi sur les aides techniques et l'extension de la liste des prises en charge. Nous avons lancé en décembre un appel à manifestation d'intérêt pour les protocoles de coopération.

Les amendements identiques n°47 rectifié quinquies, 50 rectifié quater, 56 rectifié quater, 90 rectifié ter, 184 rectifié bis et 200 rectifié bis sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°105, présenté par Mme Poncet Monge, M. Benarroche, Mme Benbassa, MM. Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco, MM. Parigi et Salmon et Mme Taillé-Polian.

Après l'article 2 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4341-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

« L'orthophoniste peut pratiquer son art sur prescription médicale. Dans ce cas, il est habilité à renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes d'orthophonie datant de moins d'un an. » ;

2° Le sixième alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est supprimée ;

b) La seconde phrase est ainsi rédigée : « Un compte rendu du bilan ayant été réalisé par l'orthophoniste est adressé au médecin traitant et peut être reporté dans le dossier médical partagé. »

Mme Raymonde Poncet Monge. – Permettre aux patients d'accéder directement aux diagnostics et aux soins en orthophonie est une réponse au risque de défaut de prise en charge, dans les territoires où il est difficile d'accéder à un généraliste - même si cela ne doit pas être l'argument prioritaire.

Depuis mai 2002, les médecins peuvent prescrire un bilan orthophonique et rééducation ; les orthophonistes déterminent le nombre de séances nécessaires et l'arrêt ou la poursuite des soins.

La prescription médicale resterait possible, et le remboursement serait conditionné au versement du bilan et du compte rendu des soins au dossier médical partagé et à leur transmission au médecin traitant.

M. le président. – Amendement identique n°193 rectifié *ter*, présenté par Mme Doineau, MM. Kern, J.M. Arnaud et Longeot, Mme Loisier, M. Détraigne, Mmes Vérien, Billon, Saint-Pé et Perrot, MM. Mizzon, Hingray, Levi, Le Nay, Laugier, S. Demilly et Canevet, Mmes Gatel, Dindar et Guillotin, MM. Lafon et Cadic, Mme de La Provôté, MM. Cigolotti et Duffourg, Mme Jacquemet et MM. Vanlerenberghe et P. Martin.

Mme Élisabeth Doineau. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission des affaires sociales ne voit pas d'opposition de principe mais tient à conserver le rôle pivot du médecin traitant dans le parcours de soins. Sagesse.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Cette profession est confrontée à une grande diversité de pathologies. Il faut un diagnostic médical préalable, sauf situation d'urgence. Avis défavorable.

Mme Laurence Cohen. – Le médecin conserve ses prérogatives ! J'ai longtemps été orthophoniste et, sans vouloir vexer mes collègues médecins dans cet hémicycle, c'était nous qui les tenions par la main pour les prescriptions ! (*Sourires*)

Il faut laisser de la latitude aux orthophonistes qui, en effet, sont confrontés au langage dans tous ses états. La palette est très large, mais leurs compétences aussi. Dans certains cas, l'orthophoniste peut aussi éviter l'inflation du nombre de séances, car il connaît mieux les besoins que le médecin.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je suis entièrement d'accord avec Mme Cohen : les médecins sont mal formés sur ces dépistages, et ce sont souvent les parents ou les enseignants qui le font.

M. Daniel Chasseing. – Je confirme moi aussi ce qu'a dit Mme Cohen.

*Les amendements identiques n°s 105 et 193 rectifié *ter* sont adoptés et deviennent un article additionnel.*

M. le président. – Amendement n°20 rectifié *ter*, présenté par Mmes Imbert et Belhiti, MM. Laménie et D. Laurent, Mme Estrosi Sassone, M. Sautarel, Mmes Chauvin et Boulay-Espéronnier, MM. Burgoa, Lefèvre, Bouloux, Sol, Perrin et Rietmann, Mmes Lavarde, Deromedi et Gruny, M. Bascher, Mme Thomas, M. Mouiller, Mmes Procaccia et Joseph, M. Pellevat, Mme Puissat, MM. Bonhomme et Savin, Mme Lopez, M. B. Fournier, Mme Micouleau, MM. Bonne, Belin et Genet, Mme Dumont, M. Brisson, Mme Demas, M. Pointereau, Mme L. Darcos, M. Regnard, Mme Lassarade, M. Piednoir, Mme F. Gerbaud et MM. Favreau, Saury, Klinger, Vogel et Duplomb.

Après l'article 2 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° De pouvoir effectuer certaines vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. »

Mme Corinne Imbert. – Les pharmaciens d'officines vaccinent déjà contre la grippe. Afin d'augmenter la couverture vaccinale, cette possibilité pourrait aussi être ouverte aux pharmaciens des pharmacies à usage intérieur dans les établissements de soins et médico-sociaux.

M. le président. – Amendement identique n°179 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, Bilhac et Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold, Guérini et Guiol, Mme Pantel, MM. Requier et Roux et Mme Doineau.

M. Bernard Fialaire. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis défavorable.

M. Philippe Mouiller. – Madame la ministre, pourriez-vous justifier votre avis ?

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – De nombreux professionnels de santé prennent déjà en charge les résidents des établissements visés. Ces amendements sont donc satisfaits.

M. Daniel Chasseing. – Dans la vraie vie, les médecins, surmenés, peinent à vacciner dans les Ehpad. Les pharmaciens pourraient le faire, d'autant qu'ils interviennent déjà en Ehpad pour la médication des pensionnaires.

M. René-Paul Savary. – Les pharmaciens internes doivent pouvoir vacciner les résidents, d'autant qu'ils ont la compétence nécessaire pour la conservation, parfois délicate, des vaccins. Avec le covid, nous

risquons d'avoir des vaccinations annuelles : il faut mobiliser tout le monde.

M. le président. – Merci de nous rassurer sur le covid ! (*Sourires*)

Les amendements identiques n^{os}20 rectifié ter et 179 rectifié bis sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°19 rectifié *ter*, présenté par Mmes Imbert et Belhiti, MM. Laménie et D. Laurent, Mme Estrosi Sassone, M. Sautarel, Mmes Chauvin et Boulay-Espéronnier, MM. Burgoa, Lefèvre, Bouloux, Sol, Perrin et Rietmann, Mmes Lavarde, Deromedi et Gruny, M. Bascher, Mme Thomas, M. Mouiller, Mmes Procaccia et Joseph, M. Pellevat, Mme Puissat, MM. Bonhomme et Savin, Mme Lopez, M. B. Fournier, Mme Micouleau, MM. Bonne, Belin et Genet, Mme Dumont, M. Brisson, Mme Demas, M. Pointereau, Mme L. Darcos, M. Regnard, Mme Lassarade, M. Piednoir, Mme F. Gerbaud et MM. Favreau, Saury, Klinger, Vogel et Duplomb.

Après l'article 2 *quinquies*

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 la première occurrence du mot : « médicale », sont insérés les mots : « , des actes de vaccination » ;

2° Au deuxième alinéa, après le mot : « examens », sont insérés les mots : « , de ces actes ».

Mme Corinne Imbert. – Avec cet amendement, les 4 720 laboratoires d'analyses de biologie médicale représenteraient un point d'accès à la vaccination supplémentaire. Préparez-vous, monsieur le président !

M. le président. – Moi je suis prêt, mais pas les doses ! (*Sourires*)

Amendement identique n°182 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano et Bilhac, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold et Guérini, Mme Pantel, MM. Requier et Roux et Mme Doineau.

Mme Véronique Guillotin. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable. Les biologistes sauront faire des intramusculaires, ils font déjà des intraveineuses.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis défavorable. Depuis octobre 2019, la vaccination en ville est assurée par plusieurs professions de santé. Il n'est pas nécessaire d'aller plus loin.

Les amendements identiques n^{os}19 rectifié ter et 182 rectifié bis sont adoptés et deviennent un article additionnel.

ARTICLE 3

M. le président. – Amendement n°81 rectifié, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Supprimer cet article.

Mme Émilienne Poumirol. – L'article 3 concerne la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers, qui fait par ailleurs l'objet de l'ordonnance de l'article 35 de la loi du 24 juillet 2019, toujours en attente de publication. Il convient de le supprimer.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement va à l'encontre du texte de la commission mais je reconnais qu'il est difficile de se prononcer sur une législation en morceaux.

L'habilitation de la loi OTSS ne couvre que les praticiens contractuels, pas les titulaires. L'article 3 tel que réécrit par la commission est désormais conforme à l'article 38 de la Constitution. Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Le Gouvernement y est favorable, car tel que réécrit par la commission, cet article ne correspond plus à la philosophie du texte.

M. Bernard Jomier. – Le Gouvernement réintroduira-t-il l'article 3 dans sa version initiale dans la suite de la procédure ?

L'amendement n°81 rectifié n'est pas adopté.

L'article 3 est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL après l'article 3

M. le président. – Amendement n°119 rectifié, présenté par MM. Kern et Mizzon, Mme Billon, MM. Canevet, P. Martin, Le Nay et Longeot et Mme de La Provôté.

Après l'article 3

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le 5° de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

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

M. Claude Kern. – Cet amendement recentre le GHT dans son rôle stratégique. Il clarifie le rôle de l'établissement support et des établissements parties et impose au groupement de définir une politique territoriale de gestion des ressources humaines médicales, mais aussi d'établir des règles de fonctionnement qui puissent s'appliquer à chacun.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission comprend l'intention, mais la disposition ne modifie

pas fondamentalement l'existant. Retrait ou avis défavorable.

La commission n'est pas défiante à l'égard des GHT, mais prudente. Il convient de rationaliser l'offre territoriale de santé, mais pas d'atténuer les pouvoirs des établissements parties au profit de l'établissement support. La loi Touraine n'a pas attribué la personnalité morale aux GHT, malgré mes demandes en ce sens, ce qui a fait des GHT un prétexte utilisé par les grosses structures pour capter l'activité au détriment des petites.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis défavorable.

L'amendement n°119 rectifié est retiré.

ARTICLE 4

M. le président. – Amendement n°107, présenté par Mme Poncet Monge, M. Benarroche, Mme Benbassa, MM. Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco, MM. Parigi et Salmon et Mme Taillé-Polian.

Supprimer cet article.

Mme Raymonde Poncet Monge. – L'article 4, qui centralise au niveau des établissements support du GHT les décisions de créations de poste de praticiens hospitaliers, a été fortement contesté par les professionnels de santé.

Toute modification des prérogatives des GHT nous semble prématurée, car leur fonctionnement est très hétérogène. Or cette proposition de loi accélère une centralisation vécue à marche forcée.

L'insuffisance chronique des financements doit aussi être dénoncée. La réécriture par la commission accorde encore un rôle prépondérant aux GHT, or les acteurs de proximité ont besoin d'autonomie.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'article 4 réécrit par la commission sort au contraire d'une conception descendante du système de santé en prévoyant que le diagnostic territorial contraigne les ARS dans le pilotage. Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis favorable car la réécriture de l'article 4 ne convient pas au Gouvernement. Imposer la mise en place des PTS serait contre-productif.

M. Daniel Chasseing. – Je voterai contre cet amendement. Les GHT, lorsqu'ils sont mis en place avec l'accord des élus, des commissions médicales d'établissement et des hôpitaux, peuvent être bénéfiques.

M. Bernard Jomier. – Le rapporteur s'est attelé à un travail complexe et difficile pour préciser les missions des GHT. Il ne faut pas les supprimer, mais les améliorer.

Il y a des éléments intéressants dans la rédaction de la commission, comme le lien avec l'ARS ou la

coordination territoriale des soins psychiatriques. D'autres conviennent moins au groupe SER, mais ne renonçons pas en laissant les mains libres à l'Assemblée nationale, comme semble le souhaiter la ministre. (*Applaudissements sur les travées du groupe UC ; Mme Émilienne Poumirol applaudit également.*)

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission. – Je m'étonne du procédé du Gouvernement, qui donne un avis favorable à un amendement de suppression dès lors que la rédaction de la commission ne lui convient pas. Le débat est pipé. (*Applaudissements sur les travées des groupes Les Républicains et UC ; Mme Émilienne Poumirol applaudit également.*)

Mme Raymonde Poncet Monge. – Je ne voulais pas remettre en cause l'existence des GHT mais, après quatre ans, il convient de les évaluer, parce qu'il y a des dysfonctionnements. Quant au soutien de la ministre, je m'en passerais bien... (*Rires, applaudissements sur plusieurs travées des groupes SER et UC*)

M. René-Paul Savary. – Ce texte commence par une demande de rapport ; et maintenant, le Gouvernement veut supprimer des articles pour les réinsérer plus tard dans une rédaction qui lui convienne... Je suis sidéré ! Sans les PTS, les acteurs du système de santé ne collaboreront pas.

L'amendement n°107 n'est pas adopté.

L'article 4 est adopté.

ARTICLE 4 BIS (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°161, présenté par M. Théophile et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 1112-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « intervention », sont insérés les mots : « des bénévoles individuels et » ;

2° Au second alinéa, après le mot : « privés », sont insérés les mots : « et les personnes bénévoles qui y interviennent à titre individuel » ;

3° Sont ajoutés cinq alinéas ainsi rédigés :

« Les bénévoles à titre individuel exerçant dans les établissements de santé doivent :

« a) Suivre ou avoir suivi une formation à l'accompagnement dans le secteur médico-social proposée par des associations ou au sein de l'établissement de santé ;

« b) Ne pas interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux ;

« c) Obtenir l'accord de la personne malade ou de ses proches si et seulement si l'intervention définie dans la

convention avec l'établissement de santé implique un contact avec la personne malade ;

« d) Intervenir uniquement avec l'accord de l'équipe de l'établissement et être encadré par un référent de l'établissement. »

M. Dominique Théophile. – Plus de 16 000 volontaires non soignants ont proposé leur aide à l'AP-HP pendant la pandémie. Mais le bénévolat reste peu encadré : il est permis à l'article L6323-1-5 dans les centres de santé sans conditions spécifiques, et dans les Ehpad il relève de conventions de partenariat ou de chartes. Dans les établissements de santé, un volontaire non soignant est hors du cadre légal s'il n'appartient pas à une association.

Pourtant, le rejet du bénévolat individuel n'aurait pas de sens. Notre amendement rétablit l'article 4 *bis* supprimé par la commission, avec des ajouts sur la formation de bénévoles et la non-interférence avec les soins.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le bénévolat individuel pose un problème de responsabilité de l'établissement d'accueil ; la commission estime que les bénévoles doivent être formés par une association. Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis favorable. (*Marques d'ironie sur plusieurs travées du groupe Les Républicains*) Le Gouvernement est favorable au bénévolat individuel qui a été particulièrement utile lors de la première vague. Son introduction dans le texte initial ayant fait réagir certaines associations, cet amendement prévoit un encadrement bienvenu.

Mme Laurence Cohen. – Nous partageons la position du rapporteur. Le bénévolat individuel pose des problèmes d'encadrement et de formation. La ministre fait état d'exigences mais il y a ici une ubérisation du bénévolat.

Mme Véronique Guillotin. – Je suis hostile moi aussi à la réintroduction de cette disposition. Médecin coordonnatrice en Ehpad, je n'aimais guère voir arriver des bénévoles isolés, ils sont plus dangereux que les associations ! (*Applaudissements sur plusieurs travées au centre et à droite*)

M. Philippe Mouiller. – Les associations voient dans cet amendement un mauvais signal. Elles ont consacré du temps à la formation et l'accompagnement, et se sentent mises de côté.

L'amendement n°161 n'est pas adopté.

L'article 4 bis demeure supprimé.

ARTICLE 4 TER

M. le président. – Amendement n°87, présenté par Mme Le Houerou et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Supprimer cet article.

Mme Annie Le Houerou. – Nous sommes opposés à l'institutionnalisation de l'intervention individuelle de praticiens bénévoles dans les établissements de santé.

Nous saluons l'élan solidaire des soignants qui sont venus prêter main-forte en cette période de crise, mais refusons un statut de médecin, sage-femme et odontologiste exerçant à titre bénévole. Cela reviendrait à considérer le bénévole comme un supplétif destiné à pallier les carences en ressources humaines constatées depuis de longues années. Ce n'est rien d'autre que du salariat déguisé.

M. le président. – Amendement identique n°133, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Mme Laurence Cohen. – En cohérence avec la suppression de l'article 4 *bis*, le même raisonnement doit être appliqué aux praticiens bénévoles. Il s'agit de gérer la pénurie. Depuis des années, les professionnels alertent sur les besoins en recrutement. On se moque d'eux !

Certes, c'est une bonne manière de limiter la dépense publique... Les hôpitaux ont besoin de 100 000 postes, l'aide à domicile aussi, et les Ehpad de 200 000. Mais cela doit être du personnel formé et correctement rémunéré.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette pratique, marginale, n'est pas un palliatif face aux problèmes de démographie médicale. Je ne vois pas d'inconvénient à lui donner un cadre juridique. Avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis défavorable.

Les amendements identiques n°s 87 et 133 ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°80, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

...° Le même deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les contrats conclus avec les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre bénévole ne se substituent pas aux postes de titulaires laissés vacants. »

M. Bernard Jomier. – Si les tâches étaient précisées et très ciblées, peut-être... Mais ce n'est pas le cas ! Les praticiens bénévoles viendront renforcer les ressources médicales. Cela ne rend pas service à l'hôpital public.

Mme Laurence Cohen. – C'est clair !

M. Bernard Jomier. – Le personnel des hôpitaux estime cette proposition incompréhensible, voire indécente. À défaut de suppression de l'article, notre amendement empêche le recours aux bénévoles sur des postes vacants de salariés.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis défavorable. Les bénévoles professionnels de santé interviennent en complément des équipes de soignants. Ils dépendent d'une convention signée avec l'établissement. Il ne s'agit pas d'une gestion de la pénurie des moyens mais d'un engagement citoyen qui honore ces personnes.

Mme Laurence Cohen. – Le Gouvernement ne souhaite pas substituer les bénévoles aux professionnels de santé ? Alors, qu'il soutienne cet amendement de repli précisant les missions de chacun.

L'amendement n°80 est adopté.

L'article 4 ter, modifié, est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL après l'article 4 ter

M. le président. – Amendement n°58 rectifié, présenté par MM. Vanlerenberghe, Moga et Canevet, Mmes Vermeillet, Doineau et Dindar, MM. J.M. Arnaud et P. Martin, Mme Saint-Pé, M. Cigolotti, Mme Billon et MM. Lafon, Henno et Capo-Canellas.

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique s'applique à compter du lendemain de la publication du décret en Conseil d'État mentionné au dernier alinéa du même article L. 6152-5-1 et au plus tard le 1^{er} juillet 2021.

M. Olivier Henno. – Notre amendement assure l'entrée en vigueur de la clause de non-concurrence des praticiens hospitaliers, adoptée dans la loi du 24 juillet 2019.

L'application de cette loi devient urgente pour éviter le départ massif de professionnels des hôpitaux publics, en particulier pour les établissements situés dans une zone de revitalisation rurale (ZRR) ou à proximité immédiate : les avantages fiscaux créent une distorsion de concurrence au détriment des établissements publics de santé.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je suis sensible à cet appel. J'espère que le Gouvernement travaille sur cette question et sollicite son avis.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis défavorable. L'ordonnance prend fin en mars 2021, les mesures paraîtront à l'été.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

*L'amendement n°58 rectifié est adopté.
et devient un article additionnel.*

ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 4 quater (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°6 rectifié ter, présenté par M. Bonne, Mme Doineau, MM. Bascher,

Bazin et Bouloux, Mme Briquet, MM. Brisson, Burgoa, Chaize et Charon, Mme Chauvin, M. Cuypers, Mmes L. Darcos, Deromedi et Di Folco, M. E. Blanc, Mmes Estrosi Sassone, F. Gerbaud, Grunty, Guidez et Garriaud-Maylam, MM. Henno, Husson et Laménie, Mmes Lassarade et Micouleau, MM. Moga et Mouiller, Mme Muller-Bronn, MM. Paccaud, Rapin, Savary, Segouin, Vanlerenberghe et Gremillet et Mme Schalck.

Après l'article 4 quater

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le troisième alinéa de l'article L. 6161-9 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du 4° du I de l'article L. 6112-2, les professionnels médicaux libéraux ayant conclu un contrat avec les établissements mentionnés au 3° de l'article L. 6112-3 qui, à la date de promulgation de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, pratiquent des honoraires ne correspondant pas aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, sont autorisés à facturer des dépassements de ces tarifs. Ces professionnels médicaux libéraux fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit. »

II. – Le II de l'article 57 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est abrogé.

M. Laurent Burgoa. – La loi crée une inégalité de traitement entre l'activité libérale exercée par un praticien hospitalier dans un établissement public de santé et celle d'un praticien salarié d'un Espic.

L'amendement corrige cet écueil en recentrant l'activité hospitalière sur le strict service public hospitalier et en autorisant les praticiens salariés d'un Espic à pratiquer des dépassements d'honoraires, dans la limite des dispositifs de maîtrise prévus par la convention médicale.

M. le président. – Amendement n°46, présenté par M. Iacovelli.

Après l'article 4 quater

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I de l'article L. 6112-2, les mots : « exercent en leur sein » sont remplacés par les mots : « y exercent dans le cadre de ce service » ;

2° Au sixième alinéa de l'article L. 6112-3, après le mot : « activité » sont insérés les mots : « de service public » ;

3° Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 6161-9, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Sans préjudice du 4° du I de l'article L. 6112-2, ces

professionnels libéraux peuvent facturer directement à leurs patients un complément d'honoraires, calculé sur la base des dispositifs conventionnels de maîtrise des dépassements d'honoraires prévus au 6° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. »

M. Xavier Iacovelli. – Il s'agit de rétablir une égalité de traitement en autorisant les praticiens salariés d'un Espic à pratiquer des dépassements d'honoraires.

Les Espic représentent 8 % de l'offre de soins. Ils sont souvent à la pointe de la technologie, comme à l'hôpital Foch de Suresnes où vient de naître pour la première fois une petite fille après une greffe de l'utérus.

M. le président. – Amendement identique n°185 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, Bilhac et Cabanel, Mme N. Delattre et MM. Fialaire, Gold, Guérini, Requier et Roux.

Mme Véronique Guillotin. – Les Espic jouent un rôle essentiel dans l'offre de soins. L'égalité de traitement avec les hôpitaux doit être assurée. Ils sont parfois les seuls établissements sur un territoire.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces amendements ont été présentés en commission des affaires sociales. Les auteurs ont accepté de les corriger et ils ont obtenu un avis favorable. Cependant, le Gouvernement a ensuite demandé que ces amendements soient modifiés. Seul M. Bonne y a consenti.

En conséquence et à titre personnel, avis favorable à l'amendement n°6 rectifié *ter* et retrait ou rejet des amendements n°185 rectifié et n°46.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

M. Xavier Iacovelli. – Je maintiens mon amendement, qui a reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales.

L'amendement de M. Bonne ne concerne pas tous les personnels soignants mais seulement ceux engagés avant 2019. Il faut penser à l'avenir !

Mme Véronique Guillotin. – Absolument !

L'amendement n°6 rectifié ter est adopté et devient un article additionnel.

Les amendements identiques n°46 et 185 rectifié ter n'ont plus d'objet.

ARTICLE 5

Mme Michelle Meunier. – Nous abordons le volet sur la gouvernance des établissements publics de santé.

Certains professionnels ont été oubliés ou déçus par le Ségur, car victimes d'une disparité de traitement injustifiée. Je pense aux soignants non médicaux du

secteur médicosocial. Cela génère beaucoup d'incompréhension.

À Saint-Brévin, dans mon département de la Loire-Atlantique, les agents brûleront demain leur diplôme devant la préfecture de Saint-Nazaire.

On enfonce encore le clou de la dévalorisation de ces métiers. Les associations du médicosocial peineront encore plus à recruter et à fidéliser. Je m'associe à leur déception et à leur colère. (*Applaudissements sur les travées du groupe SER*)

M. le président. – Amendement n°124, présenté par le Gouvernement.

Rédiger ainsi cet article :

Après l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6146-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6146-1-1. – Les services mentionnés à l'article L. 6146-1 constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

« Ils sont dirigés par un chef de service, responsable de structure interne, en étroite collaboration avec le cadre de santé.

« Dans les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires, les chefs de service sont nommés par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement après avis du chef de pôle et concertation des personnels affectés dans le service selon des modalités fixées par le règlement intérieur de l'établissement.

« Lorsque le chef de service est un praticien des armées, la décision de nomination est prise conjointement par le directeur et le ministre de la défense.

« La durée du mandat des chefs de service est fixée par décret. Leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

« Le chef de service et le cadre de santé sont associés au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement. Dans le cadre de l'article L. 6146-1, le chef de service est notamment associé par le chef de pôle à la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Le chef de pôle peut déléguer sa signature au chef de service pour la mise en œuvre du contrat de pôle prévu au même article L. 6146-1.

« Le chef de service participe à la concertation interne prévue audit article L. 6146-1 et favorise le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. »

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Le Gouvernement souhaite rétablir l'article 5 dans la version de l'Assemblée nationale.

En effet, cette rédaction réhabilite le service dans l'organisation hospitalière, le revitalise et restaure la fonction de chef de service, conformément la mesure 18 du Ségur de la Santé.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le Gouvernement ne tient pas compte de nos travaux de commission. Nous avons pourtant renforcé le rôle de chef de service en précisant ses missions par rapport au chef de pôle, conformément aux préconisations du rapport Claris. Avis défavorable.

L'amendement n°124 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°154, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéas 3 à 7

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

2° Les articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6146-7 sont abrogés ;

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Dès 2014, les personnels y compris médicaux pointaient les insuffisances des pôles, notamment dans l'information sur les orientations stratégiques de l'établissement. Les instances représentatives du personnel s'en plaignent.

Mme Nicole Notat à l'issue du Ségur de la santé soulignait que la structuration des hôpitaux en pôles s'est faite souvent par raison, voire par contrainte. La multiplication des strates d'organisation a eu pour effet pervers d'éloigner la décision du terrain.

Notre amendement supprime les pôles d'activité afin de renforcer les services et la CME.

M. le président. – Amendement n°170, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéas 3 à 7

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

2° L'article L. 6146-1 est abrogé ;

M. Bernard Jomier. – L'intention de l'article 5 est louable : le service de soins doit être le niveau de référence. On ne peut cependant pas s'arrêter au milieu du gué.

Les pôles étaient envisagés comme une strate intermédiaire entre la direction et les services. Sans procéder à leur suppression – mon amendement est d'appel – il faut réfléchir à leur rôle et aux moyens d'éviter trop de verticalité.

M. le président. – Amendement n°175 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, Bilhac et Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre,

MM. Fialaire, Gold, Guérini et Guiol, Mme Pantel et MM. Requier et Roux.

Après l'alinéa 4

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le chef de service peut être assisté par un chef de service adjoint. Le chef de service adjoint est nommé par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement sur proposition du chef de service. La durée de son mandat prend fin avec celui du chef de service. » ;

Mme Véronique Guillotin. – Cet amendement concrétise une des recommandations du rapport Claris : la désignation d'un chef de service adjoint, sur proposition du chef de service, afin d'assurer une continuité de chefferie médicale au quotidien.

M. le président. – Amendement n°115 rectifié, présenté par MM. Kern et Mizzon, Mme Billon et MM. Canevet, P. Martin, Le Nay et Longeot.

Après l'alinéa 5

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Après le onzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le chef de pôle peut être assisté par un chef de pôle adjoint. Le chef de pôle adjoint est nommé par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement sur proposition du chef de pôle. La durée de son mandat prend fin avec celui du chef de pôle. » ;

M. Claude Kern. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°176 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, Bilhac et Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold, Guérini et Guiol, Mme Pantel et MM. Requier et Roux.

Mme Véronique Guillotin. – Défendu.

M. le président. – Amendement n°114 rectifié, présenté par MM. Kern et Mizzon, Mme Billon et MM. Canevet, P. Martin, Le Nay et Longeot.

Après l'alinéa 15

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« Le chef de service peut être assisté par un chef de service adjoint.

« Le chef de service adjoint est nommé par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement sur proposition du chef de service. La durée de son mandat prend fin avec celui du chef de service.

M. Claude Kern. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les amendements n^{os}154 et 170 sont des amendements d'appel : retrait ou avis défavorable car nous ne sommes pas défavorables au pôle comme échelon organisationnel. Le rapport commandé en 2013 par Marisol Touraine avait montré l'intérêt des pôles et le rapport Claris a confirmé ce constat.

Retrait ou avis défavorable à l'amendement n^o175 rectifié car il alourdit la direction du service et crée un risque de conflit de hiérarchie. Cela nous semble inopportun alors que nous souhaitons revaloriser le rôle du chef de service.

Retrait ou avis défavorable aux amendements identiques n^{os}115 rectifié et 176 rectifié car ils envoient un message contraire à celui de notre article 5 réécrit.

Retrait ou avis défavorable également à l'amendement n^o114 rectifié.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis. L'article 8 offre une liberté d'organisation aux acteurs. Avis défavorable aux amendements n^{os}154 et 170 car pôles et services sont complémentaires.

Quant aux autres amendements, le chef de service adjoint existe parfois, inutile de le prévoir dans la loi.

Mme Laurence Cohen. – Nous sommes à l'écoute des personnels hospitaliers qui considèrent que l'organisation en pôle créait une excessive bureaucratie. Ces pôles désincarnés doivent être supprimés.

M. Bernard Jomier. – Je retirerai mon amendement n^o170. Mais les choses fonctionnent mal... La politique de qualité et sécurité des soins relève de la CME. L'échelon de référence est le service, selon l'article 5 ; mais ce pourrait être dans certains cas le pôle.

Un autre article de ce texte pose le principe de la liberté d'organisation. Nous partageons l'objectif de revaloriser la place du service, mais ne restons pas dans le flou, avec des articles qui se contredisent.

L'amendement n^o170 est retiré.

L'amendement n^o154 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n^o175 rectifié, les amendements identiques n^{os}115 rectifié et 176 rectifié, et l'amendement n^o114 rectifié.

M. le président. – Amendement n^o191, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 11

Remplacer cet alinéa par treize alinéas ainsi rédigés :

« Dans les centres hospitaliers et universitaires, les chefs de service sont élus au scrutin secret au suffrage direct par les membres de la commission médicale d'établissement et du directeur de composante ou

d'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique.

« Le renouvellement des mandats intervient tous les quatre ans.

« Les chefs de service siègent valablement jusqu'à la désignation de leurs successeurs.

« En cas de vacance d'un siège, un nouveau membre est désigné pour la durée du mandat restant à courir selon des modalités fixées par décret, sauf si la vacance intervient moins de six mois avant le terme du mandat.

« Les chefs de service forment un binôme titulaire et remplaçant composé d'une femme et d'un homme.

« Le scrutin est majoritaire uninominal à deux tours.

« Ainsi, nul n'est élu au premier tour s'il n'a réuni cumulativement :

« 1^o La majorité absolue des suffrages exprimés ;

« 2^o Un nombre de suffrages égal au quart des électeurs inscrits.

« Au second tour, la majorité relative suffit et le candidat élu sera celui ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages. En cas d'égalité de suffrages, le plus âgé remporte les élections.

« Dans ce cadre, les seuls candidats ayant obtenu au premier tour un nombre de voix supérieur à 10 % des électeurs inscrits peuvent se présenter à ce second tour.

« De nombreux cas d'inéligibilité et d'incompatibilité sont prévus afin d'écartier du scrutin les candidats se trouvant dans une situation de conflits d'intérêts au sens de l'article 25 bis de la loi n^o83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

« Nul ne peut être élu à plus d'un centre hospitalier et universitaire.

Mme Laurence Cohen. – Vous proposez de renforcer le pouvoir du chef de service mais cette mesure, positive, doit s'accompagner d'un renforcement de la démocratie sanitaire : il faut remplacer la nomination des chefs de service par une élection par la CME. Finissons-en avec la cooptation et l'entre-soi.

Dans les CHU, les chefs de service seraient dès lors élus pour quatre ans sur un binôme paritaire. Plus de démocratie médicale, c'est plus de confiance dans le système de santé.

M. le président. – Amendement n^o155 rectifié ter, présenté par M. Longeot, Mme Jacquemet, M. Kern, Mmes Doineau et Billon, MM. Duffourg, Chauvet et Cigolotti, Mme Vérien, MM. S. Demilly, Le Nay, Levi, P. Martin et Louault, Mme Dindar, M. Canevet, Mme de La Provôté et M. Delahaye.

Alinéa 11

1^o Première phrase

Supprimer les mots :

et les centres hospitaliers universitaires

2° Après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Dans les centres hospitaliers et universitaires, les chefs de service sont nommés par décision conjointe du directeur d'établissement, du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de composante ou d'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique, et après avis du chef de pôle.

M. Jean-François Longeot. – L'article 5 rétablit le service comme structure interne des pôles d'activité des CHU.

En revanche, il est réducteur puisqu'il exclut le directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) de santé lorsqu'il s'agit de nommer les chefs de service en médecine, en odontologie et en pharmacie.

Nous proposons la nomination du chef de service conjointement par le directeur de l'établissement hospitalier, le président de la CME et le directeur de composante ou d'UFR médicale, pharmaceutique et odontologique.

M. le président. – Amendement n°22 rectifié *bis*, présenté par Mmes N. Delattre et Pantel, MM. Requier, Roux, Fialaire, Gold et Guérini, Mme Guillotin, M. Guiol, Mme M. Carrère et MM. Artano, Bilhac et Louault.

I. – Alinéa 11, première phrase

Supprimer les mots :

et les centres hospitaliers universitaires

II. – Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les centres hospitaliers et universitaires, les chefs de service sont nommés par décision conjointe du directeur d'établissement, du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de composante ou d'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique, et après avis du chef de pôle.

M. Bernard Fialaire. – L'article rétablit le service comme unité interne d'organisation ainsi que l'appellation de chef de service, mieux reconnue à l'international.

Mais il exclut, pour la nomination du chef de service dans les CHU, la participation du directeur de composante ou d'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique.

L'objectif des ordonnances Debré était précisément de renforcer les interactions entre centres hospitaliers et universités. La désignation d'un chef de service universitaire aura un impact en matière de formation et de recherche.

M. le président. – Amendement identique n°64 rectifié, présenté par M. Piednoir, Mme L. Darcos, MM. Pellevat, Bascher, Regnard, Brisson, Perrin, Rietmann, Somon et Paccaud, Mme F. Gerbaud, M. Longuet, Mme Deromedi, MM. D. Laurent, Burgoa, Savin et Chasseing, Mmes Bonfanti-Dossat et Garriaud-Maylam, MM. Tabarot, Houpert, Meurant et Laménie, Mme Raimond-Pavero, M. Duplomb, Mme Schalck et MM. Dallier, Segouin, Pointereau et Favreau.

M. Laurent Burgoa. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°93, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

M. Bernard Jomier. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°162, présenté par M. Théophile et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

M. Dominique Théophile. – Défendu.

M. le président. – Amendement n°23 rectifié, présenté par Mme N. Delattre, MM. Artano, Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Fialaire, Gold et Guérini, Mme Guillotin, M. Guiol, Mme Pantel et MM. Requier et Roux.

Alinéa 11, première phrase

Après la seconde occurrence du mot :

hospitaliers

insérer le mot :

et

M. Bernard Fialaire. – Amendement rédactionnel.

M. le président. – Amendement identique n°94, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

M. Bernard Jomier. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°157 rectifié *bis*, présenté par M. Longeot, Mme Jacquemet, M. Kern, Mme Billon, MM. Duffourg, Chauvet, Cigolotti, S. Demilly et Le Nay, Mme Guidez, MM. Levi, P. Martin et Louault, Mme Dindar, M. Canevet, Mme de La Provôté et M. Delahaye.

M. Jean-François Longeot. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°163, présenté par M. Théophile et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

M. Dominique Théophile. – Défendu.

M. le président. – Amendement n°171, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 11, première phrase

Supprimer les mots :

et après avis du chef de pôle

M. Bernard Jomier. – Le chef de service est un interlocuteur privilégié, au centre de l'organisation du travail. Il a une réelle plus-value sur les soins compte tenu de sa connaissance des équipes et des besoins du service. Il est inapproprié que les chefs de pôle, instance administrative, interfèrent dans sa nomination.

M. le président. – Amendement n°134, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 11, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

et concertation des personnels affectés dans le service

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Nous proposons qu'en amont de la nomination du chef de service, les personnels du service soient concertés. Cela éviterait les dérives personnelles - comme on en connaissait dans le passé - de certains médecins et la concurrence entre services.

M. le président. – Amendement n°169, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 11, première phrase

Remplacer les mots :

du chef de pôle

par les mots :

de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

M. Bernard Jomier. – La CSIRMT est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent aux soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. C'est un lieu de réflexion et une force de proposition des personnels paramédicaux de l'hôpital, très investis dans la prise en charge des patients. Pour que la décision relative à la nomination des chefs de service soit réellement partagée et collective, il est essentiel de l'y associer.

M. le président. – Amendement n°109, présenté par Mme Poncet Monge, M. Benarroche, Mme Benbassa, MM. Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco, MM. Parigi et Salmon et Mme Taillé-Polian.

Alinéa 11, seconde phrase

Remplacer les mots :

revient au directeur d'établissement

par les mots :

est renvoyée à une commission paritaire au niveau de l'agence régionale de santé composée de médecins et de directeurs

Mme Raymonde Poncet Monge. – L'article 5 répond aux attentes des personnels : nous nous en félicitons. La nomination des chefs de service par le directeur et le président de la CME est une première avancée.

Mais il est prévu qu'en cas de désaccord, le directeur l'emporte. Il faut dépasser cette difficulté et rester fidèle à la codécision : en cas de désaccord, une commission paritaire de l'ARS déciderait...

M. Alain Milon, rapporteur. – Retrait ou avis défavorable à l'amendement n°191 car le principe d'une élection des chefs de service ne semble pas applicable.

Avis favorable à l'amendement n°155 rectifié *ter* qui respecte le texte de la commission. La précision apportée est utile : l'intervention d'un arbitre a un sens en cas de besoin.

Avis défavorable aux amendements identiques n°22 rectifié *bis*, 64 rectifié, 93 et 162, contraires à l'amendement n°155 rectifié *ter* auquel la commission des affaires est favorable.

Avis défavorable aux amendements identiques n°23 rectifié, 94, 157 rectifié *bis* et 163 car ils entraîneraient une confusion dans le code de la santé publique s'agissant des CHU.

Avis défavorable à l'amendement n°171 car il n'est pas souhaitable de supprimer l'avis du chef de pôle sur la nomination du chef de service. Avis défavorable également à l'amendement n°169.

Avis défavorable à l'amendement n°134 car il ne semble pas applicable.

Avis défavorable à l'amendement n°109 également.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis mais je suis défavorable à l'amendement n°155 rectifié *ter*, qui ne correspond pas à la préconisation du rapport Claris.

L'amendement n°191 n'est pas adopté.

L'amendement n°155 rectifié ter est adopté.

Les amendements identiques n°22 rectifié bis, 64 rectifié, 93, 162, 23 rectifié, 94, 157 rectifié bis et 163 n'ont plus d'objet.

L'amendement n°171 n'est pas adopté non plus que les amendements n°169, 134 et 109.

M. le président. – Amendement n°204, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Alinéa 14, première phrase

Supprimer les mots :

au projet de gouvernance et de management participatif,

M. Alain Milon, rapporteur. – Amendement de cohérence, consécutif à la suppression de l'article 11 par la commission des affaires sociales

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis défavorable par souci de cohérence également. Je suis attachée aux conclusions du rapport Claris sur le projet de gouvernance et de management participatif.

L'amendement n°204 est adopté.

M. le président. – Amendement n°188 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, Bilhac et Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold, Guérini et Guiol, Mme Pantel et MM. Requier et Roux.

Alinéa 15

Remplacer les mots :

et les personnels médicaux et paramédicaux

par les mots :

, les personnels médicaux et paramédicaux et les étudiants en santé

Mme Véronique Guillotin. – Le présent amendement intègre les étudiants en santé à la concertation interne au sein des services. Les jeunes internes contribuent activement à l'activité ; leur avis importe.

M. le président. – Amendement identique n°198 rectifié *bis*, présenté par Mme Doineau, MM. Moga, Kern, J.M. Arnaud et Longeot, Mme Loïsier, M. Détraigne, Mmes Vérien, Billon, Saint-Pé et Perrot, MM. Mizzon, Hingray, Levi et Le Nay, Mme Férat, MM. Laugier, S. Demilly et Canevet, Mme Gatel, M. Louault, Mme Dindar, MM. Lafon et Cadic, Mme de La Provôté, MM. Cigolotti, Duffourg et Delcros, Mmes Létard et Jacquemet et MM. Vanlerenberghe et P. Martin.

Mme Élisabeth Doineau. – Les étudiants sont les soignants de demain : faisons-leur confiance ! Leur regard peut être intéressant par rapport à celui d'équipes installées depuis parfois longtemps.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission des affaires sociales s'est interrogée sur l'opportunité de distinguer une nouvelle catégorie : les étudiants en santé font partie des soignants. Avis du Gouvernement ?

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Nous partageons la même interrogation. En outre, les étudiants ne sont présents qu'un semestre... Avis défavorable.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable, donc.

Les amendements identiques n°s 188 rectifié et 198 rectifié bis ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°52 rectifié, présenté par M. Henno, Mmes N. Goulet, Vermeillet, Billon et Saint-Pé, MM. Détraigne, Levi, Le Nay, Lafon, Laugier et S. Demilly, Mmes Gatel et Dindar,

MM. Kern, Maurey, Chauvet et Le Gleut et Mme Jacquemet.

Après l'alinéa 15

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le chef de service et le cadre de santé sont conjointement responsables d'établir un ratio minimal d'encadrement des patients par le personnel soignant.

M. Olivier Henno. – Nous avons évoqué le problème de la pénurie de soignants et de la surcharge de travail. Cet amendement impose des seuils minimums de soignants par nombre de patients dans chaque service d'un établissement de santé.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement a une faible valeur normative et apporte de la confusion dans la répartition des rôles entre chef de service et cadre de santé. Seul le premier est chargé de la direction du service. Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

L'amendement n°52 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°205, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Alinéa 17

Supprimer cet alinéa.

L'amendement rédactionnel n°205, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 5, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 5

M. le président. – Amendement n°62 rectifié, présenté par MM. Vanlerenberghe, Moga et Canevet, Mmes Vermeillet, Doineau et Dindar, MM. J.M. Arnaud et P. Martin, Mme Saint-Pé, M. Cigolotti, Mme Billon et MM. Lafon, Henno et Capo-Canelas.

Après l'article 5

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Sur proposition du chef de service et après avis du chef de pôle, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement proposent conjointement au directeur général du Centre national de gestion la nomination et/ou la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. »

M. Jean-Pierre Moga. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°116 rectifié *bis*, présenté par MM. Kern et Mizzon, Mme Férat, MM. Le Nay et Longeot et Mme de La Provôté.

M. Claude Kern. – Prenant appui sur les recommandations de la mission Claris, nous confortons le binôme constitué du directeur et du président de la CME comme clé de voute de la gouvernance hospitalière.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le directeur général du centre national de gestion ne nomme pas les praticiens hospitaliers, mais se contente d'établir le profil des postes laissés vacants. Le processus de recrutement proposé nécessiterait, en outre, quatre strates successives de décision : le chef de service, le chef de pôle, le directeur d'établissement puis le directeur de la CNG. Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

Les amendements identiques n^{os} 62 rectifié et 116 rectifié bis sont retirés.

M. le président. – Amendement n^o 61 rectifié, présenté par MM. Vanlerenberghe, Moga et Canevet, Mmes Vermeillet, Doineau et Dindar, MM. J.M. Arnaud et P. Martin, Mme Saint-Pé, M. Cigolotti, Mme Billon et MM. Lafon, Henno et Capo-Canellas.

Après l'article 5

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique, après le mot : « qualité », sont insérés les mots : « , de la pertinence ».

M. Jean-Pierre Moga. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n^o 113 rectifié bis, présenté par MM. Kern et Mizzon, Mme Férat et MM. Le Nay et Longeot.

M. Claude Kern. – Cet amendement qui reprend une recommandation du rapport Claris vise à impliquer la CME dans le programme d'amélioration de la pertinence des soins pour impulser une nouvelle dynamique et entraîner l'ensemble des équipes médicales sur ces sujets aux enjeux qualitatifs et médico-économiques majeurs.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable. Il faut porter une grande attention à la pertinence des soins hospitaliers.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

Les amendements identiques n^{os} 61 rectifié et 113 rectifié bis sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – Amendement n^o 108, présenté par Mme Poncet Monge, M. Benarroche, Mme Benbassa, MM. Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco, MM. Parigi et Salmon et Mme Taillé-Polian.

Après l'article 5

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6146-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 6146-1-... – À titre expérimental pour une durée de trois ans suivant la promulgation de la loi n^o du visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dans les centres hospitaliers généraux, sur décision du chef d'établissement, après avis conforme de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, il est procédé à l'élection des chefs de service par l'ensemble des praticiens hospitaliers affectés dans le service depuis un an au moins. Le chef de service est élu pour une durée de quatre ans.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article. Ledit décret précise également les modalités de l'information délivrée aux personnels votants.

« Au plus tard trois mois avant son terme, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation. Ce rapport évalue en particulier la contribution de ce dispositif à l'amélioration de la démocratie dans le système de santé. »

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous proposons une expérimentation de l'élection des chefs de service par les pairs, répondant ainsi à une aspiration des jeunes praticiens hospitaliers.

Nous ne sous-estimons pas la révolution culturelle que cela implique. Aussi, cette expérimentation serait volontaire et ne concernerait pas les CHU. Elle serait prévue pour trois ans et ferait l'objet d'une évaluation. Trouvons de nouveaux chemins de démocratie sanitaire.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette proposition est intéressante mais difficile à mettre en œuvre. En outre, pourquoi les seuls praticiens hospitaliers pourraient-ils voter et non les personnels paramédicaux ? Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Le Gouvernement est plutôt favorable à une telle expérimentation. Le ministre de la santé a fait l'objet d'une telle élection au CHU de Grenoble. Il faudra veiller aux modalités organisationnelles de cette élection dans les décrets prévus.

L'amendement n^o 108 n'est pas adopté.

ARTICLE 5 BIS

M. le président. – Amendement n^o 120, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 4

1^o Après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Ces besoins sont régulièrement évalués afin d'y adapter l'offre de soins.

2° Seconde phrase

Remplacer le mot :

Ils

par les mots :

Le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

M. Bernard Jomier. – L'enjeu de l'adaptation du système de santé aux besoins de la population a été conforté depuis la loi HPST : plan stratégique régional de santé, plan régional de santé, diagnostic territorial partagé donnant lieu aux projets territoriaux de santé.

La volonté du législateur est bien de tenir compte de l'évolution des données démographiques, sanitaires et sociales de la population pour y adapter l'offre de soins. Or, dans les faits, cet objectif ne semble revêtir qu'une réalité formelle.

Il faut donc que les besoins de santé soient davantage évalués, objectivés à l'échelle de l'établissement de santé.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Cet amendement est satisfait dans le cadre des projets régionaux de santé. Retrait ou avis défavorable.

L'amendement n°120 est adopté.

M. le président. – Amendement n°97, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

, notamment ceux en situation de handicap

Mme Michelle Meunier. – Ce texte évoque à peine le handicap. D'après une étude, près de 42 % des personnes en situation de handicap n'ont pas pu recevoir leurs soins dans un établissement de santé, notamment par manque de formation et de moyens.

Cet amendement intègre davantage le sujet du handicap dans chaque projet d'établissement afin d'améliorer la prise en charge des personnes.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis défavorable, car satisfait.

L'amendement n°97 est adopté.

M. le président. – Amendement n°25 rectifié, présenté par Mme N. Delattre, MM. Artano, Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Fialaire, Gold et Guérini, Mme Guillotin, M. Guiol, Mme Pantel et MM. Requier et Roux.

Alinéa 6

Après le mot :

hospitaliers

insérer le mot :

et

M. Bernard Fialaire. – Il s'agit de renommer les CHU en centres hospitaliers et universitaires, pour symboliser la relation forte et les interactions entre le centre hospitalier régional et l'université.

M. le président. – Amendement identique n°66 rectifié, présenté par M. Piednoir, Mme L. Darcos, MM. Pellevat, Bascher, Regnard, Brisson, Perrin, Rietmann, Somon et Paccaud, Mme F. Gerbaud, M. Longuet, Mme Deromedi, MM. D. Laurent, Burgoa, Savin et Genet, Mmes Bonfanti-Dossat et Garriaud-Maylam, MM. Tabarot, Houpert, B. Fournier, Meurant et Laménie, Mme Raimond-Pavero, M. Duplomb, Mme Schalck, MM. Dallier et Segouin, Mme Lherbier et M. Favreau.

M. Max Brisson. – Il convient de mettre en conformité le code de santé publique et le code de l'éducation.

M. le président. – Amendement identique n°96, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

M. Bernard Jomier. – Cette conjonction de coordination symbolise la relation forte et les interactions entre le centre hospitalier régional et l'université pour en faire des centres d'excellence en matière de recherche, de formation, de soins et d'innovation en santé.

M. le président. – Amendement identique n°158 rectifié *bis*, présenté par M. Longeot, Mme Jacquemet, M. Kern, Mme Billon, MM. Duffourg, Chauvet, Cigolotti, S. Demilly et Le Nay, Mme Guidez, MM. Levi, P. Martin et Louault, Mme Dindar, M. Canevet, Mme de La Provôté et M. Delahaye.

M. Jean-François Longeot. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°164, présenté par M. Théophile et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

M. Dominique Théophile. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable, comme je l'ai déjà dit tout à l'heure.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

Les amendements identiques n°s 25 rectifié, 66 rectifié, 96, 158 rectifié bis et 164 ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°24 rectifié, présenté par Mme N. Delattre, MM. Artano, Bilhac et

Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Fialaire, Gold et Guérini, Mme Guillotin, M. Guiol, Mme Pantel et MM. Requier et Roux.

Alinéa 6

Après la seconde occurrence du mot :

avec

insérer les mots :

les présidents d'université et

M. Bernard Fialaire. – Le projet médical du CHU définit les objectifs stratégiques pour répondre aux besoins de santé de la population. Il comporte également des objectifs de recherche et de formation.

Aussi, cet amendement associe à la préparation de ces objectifs stratégiques le président de l'université avec laquelle le centre hospitalier a passé une convention.

M. le président. – Amendement identique n°65 rectifié, présenté par M. Piednoir, Mme L. Darcos, MM. Pellevat, Bascher, Regnard, Brisson, Perrin, Rietmann, Somon, Paccaud et Bonhomme, Mme F. Gerbaud, M. Longuet, Mme Deromedi, MM. D. Laurent, Burgoa, Savin, Chasseing et Genet, Mmes Bonfanti-Dossat et Garriaud-Maylam, MM. Tabarot, Houpert, Meurant et Laménie, Mme Raimond-Pavero, M. Duplomb, Mme Schalck et MM. Dallier, Segouin, Pointereau et Favreau.

M. Max Brisson. – Cette disposition permettrait une évaluation cohérente des établissements.

M. le président. – Amendement identique n°95, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

M. Bernard Jomier. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°156 rectifié *bis*, présenté par M. Longeot, Mme Jacquemet, M. Kern, Mme Billon, MM. Duffourg, Chauvet, Cigolotti, S. Demilly et Delahaye, Mme de La Provôté, MM. Le Nay, Levi, P. Martin et Louault, Mme Dindar et M. Canevet.

M. Jean-François Longeot. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°165, présenté par M. Théophile et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

M. Dominique Théophile. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces amendements sont intéressants, mais ils sont satisfaits par la délégation de signature accordée par les présidents d'universités aux directeurs des UFR de médecine. Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

L'amendement n°65 rectifié est retiré.

Les amendements identiques n°24 rectifié, 95, 156 rectifié bis et 165 ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°141, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le volet formation comporte les objectifs généraux de formation des étudiantes et étudiants en santé de l'établissement les accueillant et recense les projets de formation de l'ensemble des services du centre hospitalier universitaire.

Mme Laurence Cohen. – Les étudiantes et étudiants en santé demandent une meilleure prise en compte de la qualité de la formation et des compétences acquises à l'hôpital. Ils travaillent dans des conditions souvent épuisantes. Au fur et à mesure de la réduction des effectifs, la qualité de la formation se dégrade car elle dépend en grande partie des moyens financiers et humains des hôpitaux. On constate donc une hétérogénéité en fonction des terrains de stages. Il faut recenser les projets de formation des services des CHU.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement est satisfait et dépourvu de portée normative. Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

Mme Laurence Cohen. – Je vais retirer l'amendement, étant donné l'engouement qu'il suscite (*Sourires*) mais le problème reste entier : les étudiants ont besoin de formation et de reconnaissance. Ils sont au bord de l'épuisement. Les seniors n'ont plus le temps de les encadrer.

L'amendement n°141 est retiré.

M. le président. – Amendement n°117 rectifié, présenté par MM. Kern et Mizzon, Mme Billon, MM. Canevet, P. Martin, Le Nay et Longeot et Mme de La Provôté.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La commission médicale d'établissement élabore et propose au directoire le projet médical, qui est intégré au projet d'établissement. Le président de la commission médicale d'établissement coordonne son élaboration et sa mise en œuvre avec le directeur, selon une procédure médico-administrative partagée. Après concertation en directoire, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement peuvent demander à la commission médicale d'établissement de compléter ou d'amender la proposition de projet médical dans une nouvelle proposition. Le projet final est voté par la commission médicale d'établissement pour être proposé au directoire.

M. Claude Kern. – Il convient d'affirmer la place centrale de la CME pour définir le projet médical. Son président est conforté dans ses prérogatives, comme coordonnateur de la politique médicale de l'établissement et responsable, avec le directeur, de l'élaboration du projet médical.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement porte sur le texte déposé au Sénat, non sur le texte élaboré par la commission. Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

L'amendement n°117 rectifié est retiré.

L'article 5 bis, modifié, est adopté.

ARTICLE 6

M. le président. – Amendement n°69 rectifié, présenté par MM. Vanlerenberghe, Moga et Canevet, Mme Vermeillet, M. Delahaye, Mmes Doineau et Dindar, MM. J.M. Arnaud et P. Martin, Mme Saint-Pé, MM. Cigolotti, Lafon, Henno et Capo-Canellas et Mme Billon.

Supprimer cet article.

Mme Élisabeth Doineau. – La création d'une commission médico-soignante d'établissement prévue à cet article semble peu opérationnelle. Elle fragilise la proposition portée par la conférence et l'association des directeurs de soins, reprise par la mission Claris : une sous-commission mixte de la CME réunissant des praticiens, soignants, usagers et représentants de ville.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les personnes auditionnées ont affiché, dans leur majorité, leur scepticisme sur la création d'une commission médico-soignante. Nous avons donc modifié l'article en conséquence : la commission ne serait créée qu'en cas de volonté conjointe des deux commissions qui la constituent. Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis défavorable.

L'amendement n°69 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°125, présenté par le Gouvernement.

Rédiger ainsi cet article :

Le chapitre VI du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6146-12 ainsi rédigé :

« Art. L. 6146-12. – Par dérogation aux articles L. 6144-1, L. 6144-2 et L. 6146-9, le directeur peut décider, sur proposition conjointe des présidents de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, après consultation du conseil de surveillance, la création d'une commission

médico-soignante d'établissement se substituant à ces deux commissions.

« Cette décision doit recueillir préalablement l'avis conforme de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

« La commission médico-soignante ainsi créée se substitue à la commission médicale d'établissement et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en ce qui concerne les compétences qui leur sont respectivement attribuées par le présent code.

« La commission médico-soignante élit son président parmi les représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques. Le coordonnateur général des soins infirmiers en est le vice-président.

« Le président et le vice-président de la commission médico-soignante assurent respectivement les compétences attribuées par le présent code au président de la commission médicale d'établissement et au président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

« La composition et les règles de fonctionnement de la commission médico-soignante sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement. L'ensemble des professions médicales et paramédicales sont équitablement représentées au sein de la commission médico-soignante d'établissement.

« La commission médico-soignante d'établissement est dissoute, après information du conseil de surveillance, sur décision du directeur de l'établissement s'il constate des manquements ou dysfonctionnements dans la mise en œuvre du dispositif ou, le cas échéant, sur saisine de la majorité des membres de la commission représentant des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques ou de la majorité des membres de la commission représentant des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques. »

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Cet amendement rétablit la rédaction de l'article antérieure à celle de la commission des affaires sociales, pour autoriser le regroupement de la CME et de la CSIRMT - uniquement si les établissements le souhaitent.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cela serait fâcheux, car notre commission a introduit l'élection du président de la commission des soins infirmiers, conformément aux préconisations du Ségur et du rapport Claris. Avis défavorable.

L'amendement n°125 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°88, présenté par Mme Le Houerou et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 2

Supprimer cet alinéa.

Mme Annie Le Houerou. – Cet amendement d'appel interroge la dynamique de mutualisation à l'œuvre dans les GHT, trop récente pour décider de son extension. Le récent rapport de l'IGAS relatif au bilan d'étape de la mise en œuvre des GHT estime que les gains générés par la mutualisation des ressources des GHT sont difficiles à évaluer. Or ce sont les gains attendus qui ont justifié sa mise en place.

Il faut éviter la confusion entre mutualisation et transfert de compétences. Le conseil de surveillance doit conserver un droit de regard sur la mutualisation. Celle-ci se fait souvent aux dépens des structures les plus modestes.

M. Alain Milon, rapporteur. – Votre commission se montre prudente vis-à-vis des GHT, sans y être forcément défavorable. Votre amendement va à l'encontre d'une meilleure prise en compte des parties. Avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

L'amendement n°88 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°85, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéas 16 à 23

Supprimer ces alinéas.

M. Bernard Jomier. – La possibilité laissée au directeur de fusionner la commission médicale d'établissement et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques nous semble un non-sens. Il faut aller vers une structure moins verticale de prise de décision à l'hôpital. Le dialogue entre les différents acteurs serait fructueux. Or cet article va dans le sens inverse et véhicule un message d'irresponsabilité.

En outre, la création de cette nouvelle commission pose de nombreuses questions et les personnels n'en veulent pas.

Je reprends le mot du président des CME : « tout cela, en vérité, n'a pas de sens. »

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable. La commission des affaires sociales n'est pas défavorable à cette commission médico-soignante, à condition du maintien de notre texte.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

M. Bernard Jomier. – Le projet de soins infirmiers et la commission des soins infirmiers témoignent de la reconnaissance du métier infirmier. Ici, on fait marche arrière ! On revient à la primauté absolue de la CME... Le message est regrettable.

L'amendement n°85 n'est pas adopté.

L'article 6 est adopté.

ARTICLE 6 BIS

M. le président. – Amendement n°118 rectifié *bis*, présenté par MM. Kern et Mizzon, Mme Billon, MM. Canevet et P. Martin, Mme Férat, MM. Le Nay et Longeot et Mme de La Provôté.

I. - Alinéa 2

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

1° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement du projet médical et de la structuration des activités médicales, des nominations de responsables médicaux, de la priorisation des choix d'investissement, de la politique et du programme d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; »

II. - Compléter cet article par deux alinéas et un paragraphe ainsi rédigés :

...° Le 7° est ainsi rédigé :

« 7° Conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, arrête l'organisation interne des activités cliniques et médico-techniques de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ; ».

....- Après le premier alinéa de l'article L. 6143-7-3 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le président de la commission médicale d'établissement cosigne avec le directeur les décisions conjointes relevant du 2° et du 7° de l'article L. 6143-7.

« Il appose un visa attestant de l'engagement de la communauté médicale, pharmaceutiques et odontologique sur les volets médicaux des documents engageant juridiquement l'établissement. »

M. Claude Kern. – Pour gagner du temps, je retire mon amendement. (*Sourires*)

L'amendement n°118 rectifié bis est retiré.

L'article 6 bis est adopté.

ARTICLE 7 (Suppression maintenue)

M. le président. – Amendement n°146, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 6112-3-1 du code de la santé publique est ainsi rétabli :

« Art. L. 6112-3-1. – Sauf mise en place d'une offre de santé au moins équivalente, pratiquant le tiers payant et les tarifs opposables, garantie à la population concernée, aucun établissement public de santé ne peut être fermé ou se voir retirer son autorisation, ni donner lieu à une décision en application de l'article L. 6141-7-1

susceptible de réduire l'offre de santé sur le territoire concerné, sans l'avis favorable du conseil de surveillance de l'établissement et du conseil territorial de santé.

« La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement sont également consultés. Leur avis est joint à ceux prononcés par le conseil de surveillance de l'établissement et le conseil territorial de santé et adressé au directeur général de l'agence régionale de santé qui en tire toutes conséquences utiles.

« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux établissements publics de santé qui présentent un risque grave et imminent pour la santé et la sécurité des personnels, de ses usagers ou des personnes présentes à d'autres titres dans l'établissement. »

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Le 18 novembre, le ministre de la Santé a déclaré qu'il sortira du dogme de la fermeture de lits quand il y aura des transformations de projet hospitalier. Mais les fermetures de lits se poursuivent comme à l'hôpital Bichat qui risque de perdre 400 lits du fait de la fusion avec l'hôpital Beaujon. On crée des mastodontes hospitaliers ! C'est en contradiction avec les besoins, surtout en temps de pandémie. Dans le Val-de-Marne, un projet de fusion a été présenté comme dans le Pas-de-Calais, en Seine-Saint-Denis et dans d'autres départements. Sur l'ensemble du territoire, 3 400 lits hospitaliers ont été fermés en 2019, 4 000 en 2018. Les chiffres sont éloquentes !

Si l'on ajoute la fermeture de 40 % des maternités, nous sommes face à une situation catastrophique.

Le 10 décembre 2020, le Gouvernement a annoncé la suspension de tous les plans de réorganisation. Mais les soignants et les élus restent inquiets. Concrétisez vos paroles en actes madame la ministre ! Nous proposons donc un moratoire sur les projets de fermeture de lits, de services et d'établissements. Lancez un débat national sur le sujet.

M. Alain Milon, rapporteur. – Figer l'offre de soins me semble excessif. Elle doit répondre aux évolutions démographiques, économiques et sociales des territoires. Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

Mme Laurence Cohen. – Ce qui se passe sur le terrain ne répond pas aux besoins de santé. Notre capacité hospitalière et notre maillage territorial sont insuffisants. Cette réalité, ni le Gouvernement, ni la majorité de droite du Sénat ne veulent la voir.

À Paris, on ferme 300 lits en fusionnant Bichat et Beaujon, en créant le nouvel hôpital du Nord. Y a-t-il vraiment trop de lits hospitaliers en France ? Cette politique nous conduit dans le mur.

L'amendement n°146 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°39 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Guerriau, Médevielle, Menonville et Wattebled, Mme Mélot, MM. Lagourgue, A. Marc, Pellevat, Canevet et Laménie, Mme Garriaud-Maylam, M. Lefèvre, Mme F. Gerbaud, MM. Moga, Genet, Meurant, Fialaire, Longeot et Sautarel, Mme Létard et M. Henno.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6132-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 6132-1-.... – Lorsqu'un poste de directeur d'établissement partie du groupement hospitalier du territoire devient vacant, l'intérim est confié au directeur de l'établissement support, sauf opposition motivée du directeur général de l'agence régionale de santé compétente, notamment en raison de l'importance de la taille du groupement.

« À l'issue d'une période qui ne peut excéder un an, le directeur général de l'agence régionale de santé peut confier la direction de l'établissement partie à l'établissement support, après avis du comité stratégique mentionné à l'article L. 6132-2, du comité territorial des élus locaux mentionné à l'article L. 6132-5 et du conseil de surveillance de l'établissement partie. »

M. Daniel Chasseing. – Cet amendement rétablit l'article 7 dans la version adoptée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, prévoyant la poursuite de l'intégration des GHT par le prisme des directions communes.

Les postes de direction vacants des établissements partis au GHT seront dans un premier temps confiés à l'établissement support pour une durée initiale d'un an, à l'issue de laquelle le directeur de l'ARS peut décider de poursuivre ou non la direction commune, après avis du comité territorial des élus locaux, du comité stratégique du GHT et du conseil de surveillance de l'établissement partie.

Il faut une vision stratégique qui permette la poursuite de l'activité des établissements d'un GHT départemental sans avoir recours à l'intérim.

M. Alain Milon, rapporteur. – Retrait, sinon avis défavorable car la disposition a fait l'unanimité contre elle à l'Assemblée nationale. Les débats ont montré que l'opinion publique n'y était pas prête.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Sagesse.

L'amendement n°39 rectifié bis n'est pas adopté.

L'article 7 demeure supprimé.

ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 7 (Suppression maintenue)

M. le président. – Amendement n°89 rectifié, présenté par M. P. Joly et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6132-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 6132-1-.... – Lorsque les organes et instances du groupement sont réunis pour délibérer par vote sur décision, il est établi le principe de l'attribution d'une voix par membre ayant voix délibérative. Ce principe concerne le comité stratégique, le comité territorial des élus locaux, le comité des usagers ou la commission des usagers du groupement et la conférence territoriale de dialogue social. »

Mme Annie Le Houerou. – Afin que chacun puisse être acteur du projet médical de territoire, il est proposé, pour les règles de votes au sein des organes et instances du GHT, un principe unique d'une voix par membre ayant voix délibérative plutôt qu'une pondération des voix en fonction de l'activité de chaque établissement.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'idée est intéressante. Sagesse.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Avis défavorable. Cette liberté est essentielle : ne rigidifions pas les modalités de vote.

L'amendement n°89 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°166, présenté par M. Théophile et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la première phrase du premier alinéa et au deuxième alinéa du 1° du I de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, après les mots : « système d'information hospitalier convergent », sont insérés les mots : « et interopérable ».

M. Dominique Théophile. – Le numérique a occupé une place centrale dans le Ségur et deux milliards d'euros sont prévus pour en développer l'utilisation.

Pour autant, le manque d'efficacité dans l'échange d'informations entre professionnels de santé est criant. Cet amendement permettra à chaque GHT d'être acteur de l'interopérabilité.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

L'amendement n°166 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°43 rectifié, présenté par MM. Kern, Lafon et Longeot, Mme Billon, MM. Henno et Bonneau, Mme Férat, M. Moga, Mme Schalck, M. Le Nay, Mme Vérien, MM. Chauvet,

Duffourg, P. Martin et Cigolotti, Mmes Loisier et Herzog, M. Levi, Mme Jacquemet, M. J.M. Arnaud et Mmes Gatel et Morin-Desailly.

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6132-5 du code de la santé publique est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Les demandes des établissements souhaitant modifier le nombre d'établissements parties à un groupement existant, ou créer, à l'initiative d'au moins deux établissements parties, un nouveau groupement hospitalier de territoire en modifiant le périmètre initialement fixé dans le cadre du I du présent article, sont transmises au directeur général de l'agence régionale de santé accompagnées des principales orientations d'un futur projet médical partagé intégrant une convention d'association telle que mentionnée au III de l'article L. 6132-1.

« Après concertation des directoires, avis des commissions médicales et des conseils de surveillance des établissements souhaitant constituer un nouveau groupement, cette demande est transmise au directeur général de l'agence régionale de santé qui rend une décision motivée autorisant sa création. Dans l'hypothèse où le directeur général de l'agence régionale de santé estime devoir y donner une suite défavorable, au regard du schéma régional de santé tel que prévu à l'article L. 1434-3, la décision est motivée.

« La convention constitutive du groupement dont sont issus les établissements intégrant un nouveau groupement hospitalier de territoire est modifiée par voie d'avenant, par les établissements encore parties, selon les mêmes règles que celles ayant présidé à son adoption, pour tenir compte de la nouvelle composition du groupement. »

M. Claude Kern. – Après plus de quatre années de mise en œuvre et à l'aune de la crise sanitaire majeure qui a frappé notre système de santé, de réelles difficultés subsistent ou sont apparues, dans plusieurs établissements et GHT. Ces difficultés sont liées à des problématiques de dimensionnement, de pertinence territoriale, de management ou de cohérence avec les filières de soin.

Notre proposition permet de valoriser pleinement la dynamique née des accords du Ségur de la santé, rend tangible la confiance placée dans les acteurs de santé du territoire et répond à l'objectif de simplification des organisations.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement aggraverait la complexité des GHT. Retrait ou avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Amendement satisfait. Avis défavorable.

M. Claude Kern. – Je ne vois pas en quoi mon amendement est satisfait : le périmètre actuel du GHT de mon département n'est ainsi pas pertinent. Les

GHT ne répondent pas aux besoins de soin sur les territoires.

L'amendement n°43 rectifié n'est pas adopté.

ARTICLE 7 BIS

Mme Émilienne Poumirol. – L'article 7 bis prévoyait la création d'un service d'accès aux soins (SAS) avec un numéro unique, le 113, qui s'ajoute au 15, 112, 17, etc.

Le président de la République avait promis que le 112 serait le numéro unique pour tous les services d'urgence. Aujourd'hui, plus de la moitié des appels se fait par ce numéro.

Un numéro santé n'aurait aucun sens. On l'a vu au début de la crise avec l'embolisation du 15...

La distinction doit se faire entre l'urgent et ce qui relève de la bobologie ou de la prise de rendez-vous. Les services des urgences des hôpitaux sont débordés par des patients qui n'en ont pas réellement besoin : il s'agit de 30 % des adultes et de 40 % des enfants qui viennent consulter.

Le SAS peut donc être une solution intéressante à condition d'une bonne coopération entre l'hôpital et la ville. Il permet la reconnaissance des missions du SAMU. Mais il faudrait une plateforme commune et une coopération avec tous les acteurs concernés, ce qui s'avère souvent difficile.

M. le président. – Amendement n°110, présenté par Mme Poncet Monge, M. Benarroche, Mme Benbassa, MM. Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco, MM. Parigi et Salmon et Mme Taillé-Polian.

Supprimer cet article.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Allons jusqu'au bout et supprimons l'article 7 bis qui a été mal rédigé. Il faut mieux coordonner la gestion des urgences, mais cet article ne les réunifie pas : un numéro unique santé n'apporte aucune solution au problème de coordination des urgences et ne simplifie rien.

Créer un 113, c'est renoncer à faire du 112 le numéro unique pour tous les appels d'urgence qui relèvent de la police, de la gendarmerie, des SAMU, des sapeurs pompiers.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission des affaires sociales partage certaines de ces inquiétudes, mais la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale ne fait plus référence à un numéro unique. Aussi, nous n'avons pas d'objection à inscrire le service d'accès aux soins dans la loi. Avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Même avis.

M. Daniel Chasseing. – Dans certains territoires, un médecin généraliste de garde pourrait participer à la désembolisation des urgences. Lorsqu'il n'y a pas d'hôpital, les maisons de santé pluridisciplinaires

pourraient jouer ce rôle dans le cadre d'un PTS, selon un tour de garde.

M. Bernard Jomier. – Le SAS a été lancé par Agnès Buzyn. Les expérimentations se déroulent actuellement, selon des modalités et avec des résultats différents selon les départements.

Pourquoi inscrire le SAS dans la loi maintenant, alors que les expérimentations sont loin d'être terminées ? A ce stade, c'est un peu déclaratif...

Il est temps d'attendre les conclusions issues des expérimentations et la question du financement est toujours en suspens.

Le groupe SER votera l'amendement n°110 car il est prématuré de légiférer.

L'amendement n°110 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°136, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Rédiger ainsi cet article :

Après le mot : « doit », la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6315-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « s'assurer de la continuité des soins y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés dans le territoire. »

Mme Laurence Cohen. – L'un des problèmes majeurs du système de santé est la difficulté d'accès aux soins. Le *numerus clausus* a eu pour conséquence un manque de médecins, des délais d'attente inacceptables, des déserts médicaux et, *in fine*, un engorgement des urgences. Les difficultés s'expliquent aussi par la faible mobilisation des médecins libéraux dans la permanence des soins depuis le décret Mattéi de 2003, pris à la suite de la grève des médecins libéraux de 2002, qui supprimait l'obligation des gardes la nuit, le week-end et les jours fériés.

Les gardes doivent redevenir une obligation déontologique, avec une compensation adéquate en temps de repos et rémunération.

Dans mon département, douze services d'accueil médical initial (SAMI) fonctionnent grâce à l'implication du conseil de l'Ordre départemental et des collectivités territoriales, qui participent aux frais, mais les médecins volontaires vieillissent et la relève fait défaut...

L'article 7 bis est un début de réponse mais compte tenu de la situation, il est urgent de revenir sur le décret Mattéi. Les urgentistes sont à bout. Il faut travailler sur la complémentarité entre ville et hôpital plutôt qu'alimenter la concurrence entre public et privé !

M. Alain Milon, rapporteur. – Je doute que le rétablissement des gardes contribue à l'attractivité des territoires sous-dotés pour les praticiens libéraux. À contrecœur, avis défavorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Également.

M. Bernard Jomier. – Mme Cohen pose une question intéressante.

Alors que nous plaidons pour une réduction du temps de travail et un meilleur équilibre de vie, il est difficile de demander aux seuls médecins libéraux de travailler le jour et la nuit... Reste qu'ils ne peuvent s'exonérer de leurs responsabilités - et beaucoup les assument.

Il faut davantage valoriser la participation à la PDSA, pour éviter que tout ne retombe sur l'hôpital. Il faut répondre avec des mesures concrètes plus qu'avec son bon cœur !

M. Daniel Chasseing. – Dans les territoires, les gardes se font souvent au cabinet, on se déplace peu. Beaucoup de praticiens renâclent. La mentalité a changé... Il faut néanmoins les mobiliser davantage.

L'amendement n°136 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°5 rectifié bis, présenté par MM. Bonne, Bascher, E. Blanc, Bouloux, Brisson, Bazin, Burgoa et Chaize, Mme Chauvin, M. Cuypers, Mmes L. Darcos et Di Folco, M. B. Fournier, Mmes Deromedi, Garriaud-Maylam, F. Gerbaud, Gruny et Guidez, MM. Henno et Husson, Mme Lassarade, M. Laménie, Mme Micouleau, M. Moga, Mme Muller-Bronn, MM. Paccaud, Rapin, Savary, Segouin et Gremillet et Mme Schalck.

Alinéa 6

Rétablir le b dans la rédaction suivante :

b) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il doit être organisé avec les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé participant à l'organisation et au fonctionnement du le service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3. » ;

Mme Florence Lassarade. – Cet amendement rédactionnel identifie clairement l'articulation entre le SAMU et le service d'accès aux soins.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Satisfait.

L'amendement n°5 rectifié bis est adopté.

M. le président. – Amendement n°126, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 12

Remplacer les mots :

en établissant des

par les mots :

coordonnée avec les

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. – Le Gouvernement rejoint la commission sur la nécessité que la PDSA soit organisée pour répondre de manière qualitative aux besoins. Cependant, le terme « en établissant des horaires de permanence de soins » introduit une ambiguïté sur le rôle dévolu au SAS dans l'organisation de la PDSA. Nous préférons écrire « coordonné avec les horaires de permanence des soins ».

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

L'amendement n°126 est adopté.

L'article 7 bis, modifié, est adopté.

M. le président. – Nous avons examiné 126 amendements, il en reste 35.

Prochaine séance, aujourd'hui, jeudi 18 février 2021 à 10 h 30.

La séance est levée à minuit quarante.

Pour la Directrice des Comptes rendus du Sénat,

Rosalie Delpech

Chef de publication

Annexes

Ordre du jour du jeudi 18 février 2021

Séance publique

À 10 h 30

Présidence :

M. Vincent Delahaye, vice-président

Secrétaires :

M. Joël Guerriau - M. Jacques Gersperrin

. Une convention internationale examinée selon la procédure d'examen simplifié

. Suite de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (*texte de la commission, n°357 rect., 2020-2021*)

À 14 h 30 et, éventuellement, le soir

Présidence :

Mme Pascale Gruny, vice-président,

M. Georges Patient, vice-président

. Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, améliorant l'efficacité de la justice de proximité et de la réponse pénale (*texte de la commission, n°353, 2020-2021*)

. Projet de loi organique, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'élection du Président de la République (*texte de la commission, n°355, 2020-2021*)

. Suite de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (*texte de la commission, n°357 rect., 2020-2021*)