

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen des articles du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure sur le Titre 1^{er} du projet de loi, M. Thomas Mesnier, rapporteur général et rapporteur sur les autres dispositions) 2
- Présences en réunion 48

Mercredi
13 mars 2019
Séance de 16 heures 15

Compte rendu n° 53

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Présidence de
Mme Brigitte Bourguignon,
Présidente,



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 13 mars 2019

La séance est ouverte à seize heures vingt-cinq.

(Présidence de Mme Brigitte Bourguignon, présidente)

La commission des affaires sociales poursuit l'examen des articles du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure sur le Titre 1^{er} du projet de loi, M. Thomas Mesnier, rapporteur général et rapporteur sur les autres dispositions).

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous reprenons l'examen des articles du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Nous en sommes arrivés aux amendements portant article additionnel après l'article 7.

Après l'article 7

La commission est saisie de deux amendements identiques AS216 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS1057 de Mme Jeanine Dubié.

M. Paul Christophe. Cet amendement vise à permettre une meilleure intégration des établissements publics de santé dans les projets territoriaux de santé et, à cette fin, de prévoir de façon expresse dans le code de la santé publique que les établissements de santé peuvent participer aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous proposez que les établissements de santé puissent être associés aux CPTS. Ces CPTS doivent permettre de structurer l'offre de soins de ville, ce qui manque aujourd'hui cruellement. C'est en revanche l'objet des projets territoriaux de santé, dont nous avons discuté ce matin, que de permettre l'association des établissements de santé et des CPTS. Nos objectifs se rejoignent donc. Aussi, je vous propose un retrait, sinon avis défavorable.

Ces amendements sont retirés.

La commission est saisie de l'amendement AS1085 de Mme Martine Wonner.

M. Jean-Louis Touraine. Cet amendement de Mme Wonner vise à insérer dans la loi l'objectif d'accompagnement des usagers vers l'accès au marché de l'emploi et au marché du logement sur le plan territorial, s'agissant de personnes avec des difficultés en santé mentale.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Comme vous le soulignez dans l'exposé sommaire de votre amendement, le détail des objectifs poursuivis par le projet territorial de

santé mentale relève du niveau réglementaire et non législatif. C'est pourquoi je vous propose de retirer votre amendement, à défaut avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1087 de Mme Martine Wonner.

Mme Delphine Bagarry. Il s'agit également d'un amendement proposé par Mme Wonner à la suite de sa mission flash sur la psychiatrie. Il propose d'élargir à l'ensemble des établissements sanitaires, et non aux seuls établissements publics, la possibilité de signer des contrats territoriaux en santé mentale.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les services publics hospitaliers regroupent à la fois les établissements publics de santé mais aussi des établissements privés faisant le choix du service public, sous réserve du respect de certaines obligations. Votre amendement est donc satisfait.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie des amendements AS625 de M. Max Mathiasin et AS1432 de M. Bernard Perrut, ainsi que des amendements identiques AS1079 de Mme Audrey Dufeu Schubert et AS1378 de Mme Marie Tamarelle-Verhaegue.

M. Bernard Perrut. Nous le voyons régulièrement sur le terrain, un certain nombre d'assurés n'ont pas de médecin traitant déclaré et soixante-quinze caisses primaires d'assurance maladie identifient des difficultés dans ce domaine sur leurs territoires. C'est lié à la difficulté de trouver un médecin qui veuille vous accepter, et certains territoires sont plus défavorisés que d'autres. Cette situation peut entraîner un renoncement aux soins, ne serait-ce que parce que la personne ne peut bénéficier d'un remboursement global.

C'est pourquoi cet amendement vise à rendre opposable l'accès au médecin traitant pour tout assuré qui en fait la demande et effectue les démarches auprès du directeur de l'organisme gestionnaire. Aujourd'hui, le patient peut se tourner vers le conciliateur de sa caisse pour être aidé dans ses démarches mais aucune obligation ne s'impose au médecin de le prendre en charge, et je pense que Mme la ministre ne peut qu'être sensible au fait qu'il y a un droit à la santé dans notre pays, qui s'incarne parfaitement dans le droit à l'accès à un médecin.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces amendements sont satisfaits car il est déjà possible de saisir le conciliateur de l'assurance maladie en cas de difficulté d'accès à un médecin traitant. Une rubrique spécifique du site internet « ameli.fr » précise d'ailleurs comment procéder, en remplissant un questionnaire en ligne.

Cela dit, je sais que l'Assemblée nationale a adopté cet amendement il y a un mois environ, au cours de la discussion de la proposition de loi portée par notre collègue Guillaume Garot. Aussi, je m'en remets à la sagesse de la commission.

M. Jean-Pierre Door. Je souhaite poser une question à Mme la ministre. La réforme de la santé de 2004, à laquelle j'ai participé, a institué le médecin traitant, à la suite du médecin référent des années précédentes. Il s'agissait de lutter contre le nomadisme

médical. La situation n'était pas la même qu'aujourd'hui et j'ai souvent constaté sur le terrain, ces dernières années, que des patients ne peuvent plus se rendre chez un médecin s'ils n'ont pas de médecin traitant. Ne faudrait-il donc pas se poser la question de supprimer purement et simplement l'obligation d'inscription et de revenir à la situation antérieure, où les médecins avaient quasiment l'obligation de prendre en charge les patients, en fonction de leur temps ?

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Monsieur Perrut, acceptez-vous de rédiger votre amendement de manière identique à l'amendement AS625, c'est-à-dire de remplacer les mots « *lui soit désigné* » par « *puisse lui être désigné* » ?

M. Bernard Perrut. Ce n'est pas tout à fait la même chose, vu que « *puisse lui être désigné* » implique que ce ne sera pas forcément le cas, mais, si cela peut faire avancer le débat, j'en suis d'accord. Ces propositions ne sont pas satisfaites aujourd'hui, monsieur le rapporteur : quand le conciliateur est saisi, il peut certes offrir la possibilité d'accéder à un médecin mais il n'y a pas d'obligation qu'un médecin prenne en charge le patient. Il ne faudrait donc pas non plus que le mot « *puisse* » reste une simple porte ouverte et non une obligation. Je crois dans le droit à un médecin.

L'amendement AS1432 est ainsi rectifié.

La commission adopte les amendements identiques AS625 et AS1432 rectifié.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. De la façon dont nous avons rédigé l'article, le conciliateur s'engage à ce qu'un médecin traitant puisse être proposé au malade. Or vos amendements ne répondent pas aux deux critères impliqués par les mots « *puisse* », d'une part, et « *proposé* », et non « *imposé* », d'autre part. Par conséquent, je suis défavorable à ces amendements.

La commission adopte les amendements identiques AS1079 et AS1378.

Elle examine ensuite l'amendement AS1240 de Mme Danielle Brulebois.

Mme Danielle Brulebois. Afin de favoriser le développement des stages en médecine, il est proposé que chacune des maisons de santé ait la mission de participer à ce développement, en particulier pour les mille maisons de santé que nous allons créer et celles qui sont financées par l'État, car il est démontré que, lorsque les jeunes viennent en stage dans une maison de santé de médecine générale, ils s'installent beaucoup plus facilement dans le territoire ensuite.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable. Les maisons de santé peuvent déjà accueillir des stagiaires en médecine, pas seulement en médecine générale mais également en médecine spécialisée. La prise en charge de stagiaires dépend des capacités d'accueil des maisons de santé mais aussi et avant tout de la volonté des médecins d'être maîtres de stage. Il ne revient donc pas aux maisons et centres de santé de développer les offres de stage. Néanmoins, les maisons de santé peuvent renforcer les liens avec les universités qui sont déjà prévus dans le code de santé publique, même si on ne peut pas les contraindre à prendre des stagiaires.

M. Francis Vercamer. Madame la présidente, nous venons d'adopter les amendements AS1378 et AS1432 alors que l'un faisait tomber l'autre, me semble-t-il. Ne vait-il pas y avoir un problème de rédaction.

Mme Brigitte Bourguignon. Ces amendements étaient certes différents mais compatibles.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1294 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Il s'agit d'un amendement qui propose d'ajouter les pharmaciens d'officine à la liste des professionnels de santé autorisés à prescrire des substituts nicotiques. Aujourd'hui, ce type de prescription est possible uniquement par les médecins, y compris les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. Or les pharmaciens d'officine sont en première ligne pour accompagner les fumeurs dans un parcours de sevrage tabagique. De nombreux pharmaciens sont d'ailleurs déjà impliqués dans l'aide à l'arrêt du tabac mais cette intervention mérite d'être formalisée dans un parcours d'aide au sevrage tabagique. Cette disposition s'inscrit dans la lutte contre le tabagisme.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je répondrai de manière globale sur la série d'amendements à laquelle nous arrivons, amendements proposant d'étendre des compétences aujourd'hui réservées aux médecins à d'autres professionnels de santé.

C'est un sujet qui me tient à cœur et au vu du nombre d'amendements, chers collègues, nul doute que cela vous tient à cœur également. Il faut toutefois trouver un juste équilibre entre accès aux soins et sécurité des soins, et donner aux professionnels de santé des responsabilités qu'ils seront en mesure d'assumer. C'est pourquoi je vous propose trois amendements mûrement réfléchis avec les professionnels de santé concernés au cours de mes auditions et qui nous permettront d'avancer dans une logique qui semble largement partagée sur ces bancs. Je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas d'énormes expérimentations mais bien de l'inscription de ces nouvelles compétences dans la loi.

Un premier amendement permettra au pharmacien de dispenser des produits de santé de premier recours pour des situations simples, en suivant des arbres de décision bâtis entre pharmaciens et médecins. Le dispositif proposé permettrait aux pharmaciens d'officine, dans le cadre de démarches inscrites dans un exercice coordonné, de délivrer certains médicaments selon des protocoles établis par la Haute Autorité de santé (HAS) ; il s'agirait du traitement des cystites aiguës, par exemple – un sujet qui parle à beaucoup d'entre vous.

Un deuxième amendement vise à permettre aux infirmiers d'adapter certains traitements en fonction des résultats d'analyses de biologie. Cette possibilité devra s'inscrire dans le cadre d'une équipe de soins primaires ou d'une communauté territoriale de santé. Elle ne pourra avoir lieu que sur la base de résultats d'analyses de biologie médicale et sauf en cas d'indication contraire du médecin prescripteur. Le médecin traitant ne serait pas exclu de ce processus.

Enfin, un troisième amendement permettra l'intervention du pharmacien d'officine pour renouveler périodiquement des traitements chroniques ou en adapter la posologie.

Nous aurons l'occasion d'y revenir dans les débats. Plusieurs amendements, notamment du groupe UDI, Agir et Indépendants, reflètent la même préoccupation. Avec ces amendements, une attention particulière a été portée à l'encadrement de ces extensions de compétences dans le cadre d'un exercice coordonné, avec une information systématique du prescripteur. Cet exercice sécurisé et protocolisé est pour moi une condition absolue pour assurer la sécurité des soins.

Dans cette logique, je me verrai contraint de refuser de nombreux autres amendements qui, à mes yeux, sur la forme, n'ont pas fait l'objet d'une concertation suffisante et, sur le fond, ne répondent pas suffisamment à cette exigence de sécurité.

De fait, j'émetts un avis défavorable sur l'amendement AS1294.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. S'agissant de l'amendement sur les substituts nicotiniques, la dynamique est déjà bien enclenchée puisque les ventes de ces substituts ont augmenté cette année de 75 %. L'élargissement à d'autres professions et le fait que ces substituts soient désormais remboursés par la Sécurité sociale et ne fassent plus simplement l'objet d'un forfait de prise en charge annuel en ont considérablement amélioré l'accessibilité, et nous voyons la consommation de tabac diminuer dans notre pays. Cet amendement n'est donc pas nécessaire à un déploiement en force des substituts nicotiniques.

Comme Thomas Mesnier, je voudrais tenir un propos liminaire sur les amendements qui proposent des délégations de tâches.

Vous l'avez compris, notre stratégie de transformation du système de santé est fondée sur une logique de décroisement : décroisement des structures, des financements, des organisations, mais également dans la coopération et collaboration entre les professionnels de santé. La possibilité donnée à des pharmaciens d'officine de dispenser des médicaments en dehors d'une prescription médicale, dans des conditions très particulières, très encadrées, selon des protocoles bien définis, est intéressante pour faciliter l'accès à des soins. C'est bien dans ce sens que nous devons aller et, à ce titre, je salue les initiatives des parlementaires et les échanges que nous avons eus.

Cependant, ces amendements n'ont pas fait l'objet de concertations approfondies avec les médecins et je ne souhaite pas que nous passions en force, afin de ne pas fragiliser indirectement les négociations conventionnelles avec l'assurance maladie dans le cadre des CPTS et des assistants médicaux. Il nous faut mettre en œuvre ces réformes dans un climat apaisé. Je suis très favorable à des évolutions de compétences, dans un cadrage bien défini, notamment par la HAS, mais je suis réservée sur les différents amendements, en l'état et aujourd'hui. Il faut, je pense, encore amender ces propositions afin de faire converger les points de vue et répondre à la fois aux attentes de nos concitoyens en termes d'accès aux soins et aux inquiétudes des médecins, en leur assurant que nous préserverons la qualité et la sécurité des prises en charge. Nous devons être prudents sur ces amendements.

M. Jean-Louis Touraine. S'agissant de l'amendement AS1294, c'est en effet une question de cohérence. Il est difficile de maintenir une autorisation de prescrire des substituts nicotiniques aux dentistes, aux sages-femmes, aux infirmières, aux kinésithérapeutes et pas aux pharmaciens, alors même que cela éviterait une double démarche aux patients puisque c'est chez le pharmacien qu'ils trouveront ces substituts.

Je me réjouis des progrès de la lutte contre le tabagisme mais nous avons encore un long chemin à parcourir si nous voulons nous rapprocher des résultats de l’Australie, du Royaume-Uni, de l’Europe du Nord, des États-Unis. Notre amendement propose un moyen simple, qui permet aux personnes ayant décidé d’arrêter de fumer d’obtenir plus aisément des substituts nicotiques.

Mme Caroline Fiat. Nous savons que l’envie d’arrêter de fumer peut souvent se présenter à un moment donné et il est dommage de « perdre » une personne motivée parce qu’elle ne peut pas avancer les trente euros d’une boîte de substitut nicotinique. Il faut parfois attendre deux, trois jours pour avoir un rendez-vous et obtenir l’ordonnance et, pour rencontrer un médecin tabacologue, les délais de rendez-vous sont même de trois ou quatre semaines. Il me semble donc de bon sens de permettre aux pharmaciens de dispenser ces produits, d’autant plus que certains le font déjà sans attendre l’ordonnance, qui arrive quelques jours après.

Mme Delphine Bagarry. Nous avons là l’occasion de reconnaître le rôle des pharmaciens dans la prévention, avec un accès facilité pour tous les patients. Les pharmacies sont, en effet, bien plus largement ouvertes que les cabinets des professionnels de santé cités. Nous avons, madame la ministre, l’avantage de l’initiative parlementaire sans l’inconvénient de la négociation.

Mme Albane Gaillot. Ce projet de loi, c’est aussi l’amélioration de l’accès aux soins et l’accès aux soins n’est pas forcément l’accès à un médecin, car nous allons travailler au décloisonnement des professions. Faisons confiance aux pharmaciens, oui, mais dans un encadrement. Nous ne pouvons prendre cela à la légère et le groupe LaREM soutiendra les amendements du rapporteur, qui précisent le cadre dans lequel seront partagées ces missions et compétences.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il est certes important d’ouvrir davantage l’accès aux substituts nicotiques, madame Fiat, mais ce qui compte encore plus, c’est l’accompagnement dans l’arrêt du tabac. Or l’amendement ne permettrait pas d’améliorer l’accompagnement par un professionnel. Je reste donc sur un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS342 de M. Jean-Carles Grelier, AS605 de M. Gilles Lurton et AS1451 de M. Bernard Perrut.

M. Jean-Carles Grelier. Nous sommes un certain nombre à considérer que, tant que notre système de santé ne sera pas revenu à meilleure fortune, il faudra que nous optimisions autant que possible les compétences de tous les professionnels de santé, y compris les professions paramédicales. Je rejoins Mme la ministre quand elle souligne qu’il faut faire attention à ne pas ouvrir la boîte de Pandore et laisser le temps à la négociation, mais comme la loi vaut pour l’avenir et non pour le passé, nous pourrions peut-être y inscrire un calendrier de négociation. Je pense à l’accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pour certaines pathologies, notamment la bronchiolite du nourrisson. Je pense aussi à l’intégration dans les équipes de soins primaires des sages-femmes pour le suivi de toutes les femmes qui n’ont pas forcément accès sur leur territoire à un gynécologue. Ce sont quelques exemples. Laissons le temps à la négociation mais inscrivons un calendrier dans la loi.

M. Gilles Lurton. Je rejoins les propos de Jean-Carles Grelier au sujet des sages-femmes, qui sont souvent considérées comme praticiens de premier recours en soins primaires pour la santé des femmes et sont au cœur du dispositif permettant à la patiente d'être au centre du parcours de santé. C'est pourquoi cet amendement vous propose de leur donner le rôle qu'elles peuvent jouer.

M. Bernard Perrut. Il est important de définir une politique de santé autour de la prise en charge coordonnée de la santé des femmes. C'est l'occasion de saluer le travail des sages-femmes, dont on évoque peu les missions et le rôle importants. On sait qu'un parcours de santé se définit comme la trajectoire globale des patients avec une attention particulière portée à chacune et à ses choix. Le parcours de santé des femmes passe par l'organisation d'une prise en charge globale et continue des femmes au plus proche de leur lieu de vie ou de travail. La lisibilité, l'accessibilité, la fluidité des parcours de santé, s'appuient sur la qualité de l'information, des conditions d'accueil et d'accompagnement de la femme tout au long de la vie. Cet amendement permet de rappeler les missions des sages-femmes.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces amendements énumèrent les différentes missions que pourrait exercer la sage-femme dans le cadre des soins primaires. Il semble étrange de focaliser les soins primaires sur les sages-femmes : on peut se poser la question des autres professionnels de santé. Cela étant, je crois comme vous que le rôle des sages-femmes doit être renforcé. Toutefois, vos amendements ne me semblent pas opportuns. Certaines formulations restent très floues, comme « *s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé* ». Certaines de ces compétences sont déjà aux mains des sages-femmes, comme la prévention, notamment la vaccination. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cela pourrait paraître de bon sens et je comprends l'intention. Les sages-femmes font évidemment partie des équipes de premier recours. Elles peuvent assurer le suivi des femmes quand il n'y a pas de pathologie : c'est la grande différence avec le suivi médical. Les inscrire au même niveau que le médecin comme point d'entrée de l'équipe de premier recours me pose un problème parce qu'elles n'ont pas une compétence aussi élargie que celle du médecin. L'équipe de premier recours doit reposer sur un médecin, même si c'est en interaction avec tous les professionnels de santé de premier recours, dont elles font intégralement partie.

Je suis très favorable à pousser la place des sages-femmes pour le suivi des femmes – elles peuvent pratiquer la vaccination, les frottis de dépistage, les prescriptions de substituts nicotiniques... – mais il ne faut pas laisser penser qu'elles puissent être un point d'entrée pour des femmes avec des pathologies ou des symptômes.

La commission rejette ces amendements.

La commission est saisie de l'amendement AS774 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Avec l'amendement AS774, nous proposons d'insérer, après le troisième alinéa de l'article L4151-1 du code de la santé publique, un alinéa ainsi rédigé : « *La sage-femme peut assurer la surveillance et la prise en charge d'une situation pathologique en collaboration et concertation avec le médecin.* »

J'ai bien entendu ce que vient de dire Mme la ministre, mais chacun conviendra que notre amendement ne remet nullement en question le principe selon lequel la sage-femme doit faire appel à un médecin en cas de situation pathologique, et qu'elle ne se trouve donc pas isolée. Au fil des années, on a fait de plus en plus appel aux compétences reconnues des sages-femmes, et il nous semble donc qu'au moment où des centres de néonatalité s'ouvrent pour compenser les fermetures de maternités – notamment en raison d'un manque de médecins gynécologues pouvant assurer l'encadrement –, il serait opportun qu'en concertation avec des médecins gynécologues, les sages-femmes puissent faire valoir leur savoir-faire pour accompagner les femmes qui en ont besoin.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement est déjà satisfait, puisque la sage-femme peut tout à fait assurer la prise en charge d'une situation pathologique en collaboration et concertation avec le médecin dans ses domaines de compétence.

J'y suis donc défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine l'amendement AS606 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS606 a pour objet de permettre à la femme enceinte de déclarer une sage-femme libérale référente de son suivi, chargée de tenir à jour un dossier médical complet avec tous les éléments du suivi, dossier qui fera l'objet d'une synthèse, si nécessaire et après accord de la femme, pour le médecin traitant. La sage-femme aura également un rôle d'information, de prévention et de mise en œuvre d'un suivi médical pour le parcours de suivi de grossesse.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez créer un statut de sage-femme référente. Je ne suis pas sûr que cela représente une réelle plus-value par rapport au droit existant, et émets donc un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS820 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. L'amendement AS820 vise à prolonger d'un an l'expérimentation des maisons de naissance, créées suite à la loi du 6 décembre 2013 et au décret du 30 juillet 2015.

Les maisons de naissance existantes sont inquiètes quant à leur avenir, car l'expérimentation arrivera à son terme dans un an et, faute d'une adaptation de notre droit avant cette échéance, elles seront toutes condamnées à fermer en dépit de leurs résultats très positifs.

Je propose donc que nous inscrivions dans la loi la prolongation d'un an de cette expérimentation, afin de laisser le temps au Gouvernement d'étudier la généralisation de ce dispositif dans le droit commun.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement vise à prolonger d'un an l'expérimentation des maisons de naissance. Or, il me semble que la durée initiale de cinq ans permet déjà de disposer du recul suffisant.

Un bilan va être réalisé d'ici à la fin de cette année, qui permettra d'évaluer l'opportunité de généraliser les maisons de naissance à l'issue de l'expérimentation.

Avis défavorable.

Mme Justine Benin. J'étais très inquiète au sujet des maisons de naissance, notamment de celle située en Guadeloupe, mais compte tenu des explications que m'a données précédemment Mme la ministre et de celles que vient de me donner M. le rapporteur, je retire mon amendement.

L'amendement AS820 est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS253 de M. Paul Christophe, AS480 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS744 de M. Philippe Vigier.

M. Paul Christophe. Chaque année, en France, 1 000 décès sont liés au cancer du col de l'utérus et 3 000 nouveaux cas sont recensés. Selon l'Institut national du cancer (INCa), 40 % des femmes ciblées par les recommandations ne réalisent pas assez régulièrement un frottis de dépistage. Pour améliorer ces chiffres, il faudrait faciliter et simplifier l'accès au dépistage. Tel est l'objet de cet amendement, qui propose pour cela de s'appuyer sur les biologistes médicaux pharmaciens qui, bien qu'ils soient formés et réalisent quotidiennement des prélèvements vaginaux en vue d'examens cytologiques, bactériologiques et virologiques, sont contraints de renvoyer les patientes vers des médecins pour la réalisation de frottis cervico-vaginaux à des fins de dépistage du cancer du col de l'utérus

Je propose donc d'adapter le code de la santé publique pour permettre aux biologistes médicaux pharmaciens de réaliser ces dépistages et d'effectuer certains actes d'anatomie et de cytologie pathologique.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS480 étant identique, il est défendu.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS744 a pour objet d'autoriser les biologistes médicaux pharmaciens à effectuer des prélèvements d'anatomo-cytopathologie.

Je ne reviendrai pas sur les chiffres exposés par notre collègue Christophe, mais je veux insister sur le fait que, si les biologistes médicaux pharmaciens sont formés et réalisent quotidiennement des prélèvements vaginaux en vue d'examens cytologiques, bactériologiques ou virologiques, ils sont contraints de renvoyer les patientes vers des médecins pour la réalisation de frottis cervico-vaginaux à des fins de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Permettre aux biologistes médicaux pharmaciens d'effectuer ce type de prélèvement faciliterait l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus et améliorerait donc la prévention.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez que les biologistes puissent réaliser des frottis cervico-vaginaux à des fins de dépistage du cancer du col de l'utérus. Or, les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes sont tout à fait

compétents pour effectuer ces actes de prévention et de suivi de la santé de la femme, et assurent toutes et tous un maillage satisfaisant du territoire, permettant aux femmes d'accéder au dépistage dans des conditions satisfaisantes.

Je n'estime pas opportun d'ajouter ces actes d'anatomie et de cytologie pathologique à la compétence des biologistes médicaux pharmaciens, et émets donc un avis défavorable.

Mme Jeanine Dubié. Monsieur le rapporteur, on ne peut pas vous laisser dire cela. Nous sommes tous confrontés au constat de la désertification médicale, et vous savez très bien que dans certaines zones, il n'y a plus de médecin gynécologue – une situation qui ne peut qu'empirer au cours des années qui viennent.

Dès lors, pourquoi ne pas permettre à un biologiste ayant la qualité de médecin de réaliser des prélèvements d'anatomo-cytopathologie ? Vos arguments ne tiennent pas, c'est pourquoi nous maintenons notre amendement avec force.

M. Paul Christophe. Il ne s'agit pas de critiquer le maillage actuel, monsieur le rapporteur, mais simplement de trouver une solution de complément susceptible d'améliorer le taux de dépistage actuel, qui n'est que de 40 %.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il me semble que M. le rapporteur a argumenté davantage en termes de compétence que de maillage. Or, nous ne remettons pas en cause la compétence de qui que ce soit, mais souhaitons simplement offrir aux femmes de plus larges possibilités de se faire dépister afin d'améliorer la prévention.

Mme Albane Gaillot. La prévention des cancers des femmes est un sujet majeur en termes de santé publique mais, pour améliorer les choses dans ce domaine, il nous faut plutôt mettre en œuvre une stratégie ambitieuse et très bien ciblée en matière de prévention que de multiplier les possibilités de dépistage. Le groupe La République en Marche votera donc contre ces amendements.

M. Philippe Vigier. C'est très bien de vouloir se doter d'une politique de prévention efficace et ambitieuse, mais encore faut-il en avoir les moyens : en l'occurrence, chacun sait que nous manquons cruellement de gynécologues et de médecins biologistes. Monsieur le rapporteur, pourquoi un biologiste médical pharmacien qui aurait la compétence pour effectuer des prélèvements en cas de maladie sexuellement transmissible ne l'aurait-il pas pour effectuer un frottis sur une femme présumée saine ?

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Il ne me paraît pas inutile de rappeler, comme nous le faisons régulièrement, certains éléments relatifs au partage des compétences. Le maillage des sages-femmes sur le territoire permet d'assurer à toutes les femmes de disposer de possibilités satisfaisantes en matière de dépistage.

Comme l'a dit Mme Gaillot, nous devons d'abord nous appuyer sur l'existant, et entreprendre une réflexion portant sur la politique à mener en matière de santé et de prévention, afin de déterminer quels sont les véritables freins empêchant certaines femmes de consulter. Pour ma part, je ne pense pas que cela soit lié à une offre insuffisante, c'est pourquoi les amendements proposés ne me paraissent pas constituer une réponse adéquate.

M. Brahim Hammouche. À l'heure actuelle, un grand nombre de femmes reçoivent à leur domicile le résultat de leur frottis, souvent bien avant le rendez-vous de contrôle prévu avec leur gynécologue. Le cancer du col de l'utérus constitue une vraie priorité en termes de prévention et de diagnostic, et tout ce qui est susceptible de faciliter le dépistage et d'accélérer la prise en charge ne peut être qu'une bonne chose. Pour ma part, je soutiendrai donc les amendements proposés.

Mme Émilie Bonnard. Effectivement, nous ne pouvons pas nous permettre de rater l'opportunité que nous fournit ce projet de loi d'augmenter le potentiel et la capacité de dépistage du cancer du col de l'utérus. Dans le territoire très rural où j'ai été élue, nous n'avons plus de gynécologue depuis très longtemps, et nous devons impérativement trouver un moyen de faciliter pour les femmes l'accès aux examens de dépistage du cancer – une maladie qui, comme chacun le sait, ne fait que progresser. De ce point de vue, l'enjeu du dépistage est majeur, c'est pourquoi le groupe Les Républicains soutiendra les amendements proposés.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Qu'on ne me fasse pas dire ce que je n'ai pas dit : si j'ai reconnu que le taux de dépistage actuel était probablement trop bas, j'ai également insisté sur la nécessité de ne pas s'appuyer seulement sur les gynécologues pour améliorer les choses. J'ai souligné qu'il fallait recourir aussi – je dirai même avant tout, dans les zones où la situation le justifie – aux médecins généralistes et aux sages-femmes, qui ont toute compétence pour faire réaliser les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus et le font d'ailleurs déjà au quotidien, dans le cadre d'un suivi régulier des femmes : c'est sur le rôle de ces professionnels que nous devons mettre l'accent.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Le dépistage et la prévention du cancer du col de l'utérus ont constitué la première mesure du Plan cancer que j'ai rédigé lorsque j'assumais la présidence de l'Institut national du cancer ; j'ai ensuite travaillé durant cinq ans à la mise en œuvre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Ce dépistage – le troisième dépistage organisé déployé sur notre territoire – repose sur des invitations adressées par l'assurance maladie dès que celle-ci constate ne pas avoir remboursé de frottis depuis deux ans à une femme : les femmes concernées sont alors invitées à aller réaliser un frottis chez un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue.

Je ne pense pas du tout qu'il soit légitime d'élargir les lieux de prise en charge, car le contact avec les trois professionnels que j'ai cités est l'occasion pour les femmes de recevoir du conseil en matière de prévention du cancer, mais aussi de procéder à une palpation des seins – car une femme qui n'a pas fait de frottis depuis deux ans n'a généralement pas fait non plus de mammographie ou de palpation durant ce délai. Aujourd'hui, la prévention du col de l'utérus repose sur une première consultation, que j'ai mise en place l'année dernière dans le cadre du plan Priorité prévention : il s'agit de la consultation à vingt-cinq ans, prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, et qui permet aux médecins traitants d'identifier les niveaux de risque des différents types de cancers féminins, à savoir le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein.

À partir de vingt-cinq ans, chaque femme doit faire un frottis ainsi qu'une palpation des seins tous les trois ans, en s'adressant soit à un généraliste, soit à un gynécologue, soit à une sage-femme. Je ne pense pas que les pharmaciens biologistes aient vocation à identifier les niveaux de risque des différents types de cancer ou à effectuer des palpations mammaires, et j'estime que votre proposition constitue un très mauvais signal en matière de dépistage,

celui-ci devant s'effectuer dans le cadre d'un parcours de soins organisé tout au long de la vie des femmes. Je suis donc fondamentalement opposée à ces amendements.

La commission rejette ces amendements.

Elle est saisie des amendements identiques AS89 de Mme Josiane Corneloup, AS266 de M. Martial Saddier, AS292 de Mme Émilie Bonnard, AS721 de M. Philippe Vigier, AS865 de M. Jean-Pierre Door, AS919 de Mme Isabelle Valentin et AS1228 de Mme Danielle Brulebois.

Mme Josiane Corneloup. L'article L. 4301-1 du code de la santé publique, qui définit l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux, s'est vu compléter en 2016, lors des débats parlementaires ayant conduit à son introduction, d'une notion de « *coordination des soins par un médecin* » alors qu'en réalité, le professionnel de santé en pratique avancée n'intervient pas sous la coordination d'un médecin – il peut d'ailleurs être lui-même chargé de cette coordination.

La mention relative à la coordination place les professionnels de santé dans une situation délicate puisqu'en l'absence de coordination par le médecin, ils ne devraient pas légalement pouvoir exercer. Par l'amendement AS89, nous proposons donc de la supprimer.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS266 de notre collègue Martial Saddier vise à permettre le déploiement des infirmiers et infirmières en pratique avancée dans les territoires carencés en médecins.

Mme Émilie Bonnard. Dans un souci de sécurité juridique de l'exercice en pratique avancée, l'amendement AS292 vise à supprimer de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique la mention relative à la coordination des soins par un médecin traitant.

Mme Jeanine Dubié. Dans un souci de sécurité juridique de l'exercice en pratique avancée, l'amendement AS721 vise à supprimer de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique la mention relative à la coordination des soins par un médecin traitant.

M. Jean-Pierre Door. Je veux d'abord rappeler à Mme la ministre qu'elle n'a pas répondu à ma question portant sur le médecin traitant – j'espère qu'elle le fera.

Pour ce qui est de notre amendement AS865, il a pour objet de faire reconnaître que, si les soins de premier recours doivent effectivement rester de la compétence du médecin – c'est ce que nous souhaitons tous –, les infirmiers et infirmières de pratique avancée possèdent les compétences leur permettant d'intervenir en dehors d'un parcours coordonné par un médecin – je rappelle que ces professionnels sont titulaires d'un master – et pourraient rendre, dans les territoires isolés et fragilisés, un service précieux dont nous ne devons pas nous priver.

Mme Isabelle Valentin. L'amendement AS919 est un amendement de régularisation, puisqu'en réalité, le professionnel de santé en pratique avancée n'intervient pas sous la coordination d'un médecin. Dans un souci de sécurité juridique, il est donc proposé de supprimer de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique la mention relative à la coordination des soins par un médecin traitant, afin de permettre aux professionnels en pratique avancée d'exercer légalement.

Mme Danielle Brulebois. Pour encourager la pratique avancée, il convient d'éviter de lui mettre des freins, c'est pourquoi nous proposons, avec l'amendement AS1228, de supprimer de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique la mention relative à la coordination des soins par un médecin traitant.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La coordination des soins par le médecin traitant est une notion fondamentale dans notre système de santé, qu'il convient de préserver et de promouvoir. Je suis donc défavorable aux amendements visant à supprimer la condition de coordination par le médecin traitant pour l'exercice en pratique avancée.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine l'amendement AS1355 de Mme Caroline Janvier.

M. Sébastien Cazenove. L'amendement AS1355 vise à reconnaître la compétence des infirmiers et infirmières en termes de pharmacovigilance dans la loi, notamment afin de lutter contre le mauvais suivi du traitement par le patient, qui constitue la première cause de réhospitalisation pour les personnes de plus de 65 ans et représente près de 22 % des hospitalisations pour ce type de population.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Merci, cher collègue. Je vous souhaite la bienvenue au sein de notre commission.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement est satisfait : l'infirmier pouvant déjà participer à des actions de pharmacovigilance, il est inutile de le préciser à nouveau dans la loi. Je vous invite donc à le retirer, et émettrai à défaut un avis défavorable.

M. Sébastien Cazenove. Je retire cet amendement.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie, en discussion commune, des amendements identiques AS748 de M. Philippe Vigier, AS1353 de Mme Caroline Janvier et AS1414 de Mme Annie Chapelier, ainsi que de l'amendement AS863 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Jeanine Dubié. Depuis 2008, les infirmiers vaccinent sans prescription médicale préalable les personnes fragiles contre la grippe. Cette mesure de santé publique a ainsi permis la vaccination de près d'un million de personnes lors de la dernière campagne. Aujourd'hui, il nous paraît donc légitime d'élargir la possibilité légale de vaccination par les infirmiers.

M. Sébastien Cazenove. L'amendement AS1353 est défendu.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Il est effectivement souhaitable d'élargir la possibilité légale de vaccination par les infirmiers. D'une part, cela permet de reconnaître leur compétence à effectuer l'acte d'injection, qui constitue leur quotidien ; d'autre part, cela permet de réaliser des économies en matière de dépenses de santé en évitant une, voire plusieurs consultations auprès du médecin traitant – certains vaccins, notamment celui contre le papillomavirus, nécessitent en effet plusieurs injections successives. Notre système de santé

ne peut donc que tirer bénéfice de la mesure que nous proposons par le biais de l'amendement AS1414.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS863 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Si l'intention de ces amendements est louable, la mesure proposée relève du niveau réglementaire. Mme la ministre a saisi la Haute autorité de santé afin que soit engagée une réflexion sur ce qu'il serait possible de faire pour étendre les pratiques vaccinales en recourant notamment aux infirmiers diplômés d'État. Je vous propose d'attendre les conclusions des travaux engagés par la HAS, car j'imagine que Mme la ministre a l'intention de s'en saisir pour faire évoluer le règlement. En l'état actuel des choses, j'émet un avis défavorable à ces amendements.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. J'ajouterai à ce que vient de dire M. le rapporteur que nous avons autorisé cette année les infirmiers et infirmières à procéder à la primo-vaccination pour la grippe, et que les amendements proposés auraient pour conséquence de réduire leur capacité à primo-vacciner contre la grippe.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Compte tenu de ce qui vient d'être dit, nous retirons l'amendement AS1414.

Mme Jeanine Dubié. Je maintiens l'amendement AS748.

M. Sébastien Cazenove. Je retire l'amendement AS1353.

Les amendements AS1353 et AS1414 sont retirés.

La commission rejette successivement les amendements AS748 et AS863.

Elle examine les amendements identiques AS1486 du rapporteur et AS1381 de Mme Albane Gaillot.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'amendement AS1486, rédigé à l'issue d'une réflexion menée avec les membres du groupe d'études sur les professions paramédicales, vise à permettre aux infirmiers d'adapter la posologie de certains traitements en fonction des résultats d'analyses de biologie médicale des patients.

Mme Annie Chapelier. L'amendement AS1381 vise à permettre aux infirmiers d'adapter la posologie de certains traitements, en particuliers les anticoagulants ou l'insuline, en fonction des résultats d'analyses de biologie médicale des patients et selon des protocoles préétablis. Cette possibilité devra s'inscrire dans le cadre d'une équipe de soins primaires ou d'une communauté territoriale de santé.

Dans les faits, cette pratique est déjà mise en œuvre, dans le cadre d'un binôme associant un médecin et un infirmier libéral.

La commission adopte ces amendements.

Elle est saisie de l'amendement AS1417 de Mme Annie Chapelier.

Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel. Si un arrêté du 13 avril 2007 a fixé un droit de prescription de certains dispositifs médicaux, notamment les pansements, par les infirmiers, ceux-ci ne peuvent en revanche prescrire les solutions et produits antiseptiques indispensables au nettoyage des plaies et à la désinfection des tissus. L'amendement AS1417, simple et de bon sens, vise à corriger cette anomalie afin que les infirmiers puissent prescrire les antiseptiques, essentiels aux bonnes pratiques. Il permettra une simplification du parcours de soins, la réalisation d'économies par l'assurance maladie, mais aussi un gain de temps pour les médecins.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La mesure proposée étant de niveau réglementaire, j'émet un avis défavorable.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine l'amendement AS741 de Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. L'amendement AS741 propose d'ouvrir aux infirmières et infirmiers la possibilité de programmer, jusqu'à guérison, les soins liés au traitement local des plaies chroniques.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. À mon sens, la mesure proposée relève plutôt de la compétence des infirmiers et infirmières de pratique avancée dans le cadre d'un exercice coordonné. Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie des amendements identiques AS49 de Mme Marine Brenier et AS1006 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Marine Brenier. L'amendement AS49 a été rédigé à la suite de travaux que j'ai menés en concertation avec des spécialistes de la prise en charge de la douleur, dans le cadre d'une proposition de loi que j'ai déposée l'année dernière. Il vise à donner la possibilité aux infirmiers de renouveler des prescriptions datant de moins d'un an pour des antalgiques de niveau 1, ce qui présenterait plusieurs avantages, notamment une plus grande efficacité et des économies potentielles pour l'assurance maladie.

Mme Isabelle Valentin. L'amendement AS1006, qui permet d'élargir le droit de prescription d'antalgiques par les infirmiers afin de faciliter le maintien à domicile, constitue également une solution de nature à pallier les conséquences de la désertification médicale et à permettre une plus grande réactivité des professionnels de santé, au bénéfice des patients et de leur famille. Enfin, il serait source d'économies pour l'assurance maladie.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Si l'objectif des amendements est louable, il est de nature réglementaire : la liste à laquelle il est fait référence n'a pas vocation à figurer dans la loi. J'y suis donc défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine l'amendement AS864 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie des amendements identiques AS90 de Mme Josiane Corneloup, AS264 de M. Martial Saddier, AS275 de M. Alain Ramadier, AS282 de M. Vincent Rolland, AS294 de Mme Émilie Bonnivard, AS720 de M. Philippe Vigier, AS986 de Mme Isabelle Valentin, AS1039 de M. Francis Vercamer, AS1231 de Mme Danielle Brulebois et AS1332 de Mme Fadila Khattabi.

Mme Josiane Corneloup. L'amendement AS90 vise à renforcer le rôle des infirmières, qui constitue un pilier de l'exercice coordonné de proximité autour du patient. On sait que certains actes, conditionnés dans les textes à l'existence d'une prescription médicale, sont en réalité effectués sans prescription par l'infirmier, qui en informe le médecin après coup. Ainsi, les examens de contrôle du patient diabétique dont il assure le suivi ou la prescription d'antalgiques de niveau 1 seraient possibles.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS264 est défendu.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS275 est défendu.

M. Bernard Perrut. L'amendement AS282 est défendu.

Mme Émilie Bonnivard. L'amendement AS294 vise à assouplir le cadre légal d'exercice de l'infirmier, qui pourra prescrire les examens de contrôle du patient diabétique dont il assure le suivi, ainsi que d'autres prescriptions, dans l'objectif d'une plus grande efficience.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS720 vise à assouplir le cadre légal d'exercice de l'infirmier en modifiant le dernier alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, ce qui montre bien que la mesure proposée est de nature législative – je le dis pour prévenir un argument que risque de nous opposer M. le rapporteur.

Mme Isabelle Valentin. L'amendement AS986, qui constitue une mesure de simplification tant pour les professionnels de santé que pour les patients, vise à permettre aux infirmiers d'exercer leur métier de façon plus réactive en allégeant un cadre légal beaucoup trop rigide.

M. Paul Christophe. L'amendement AS1039 est défendu.

Mme Danielle Brulebois. Les infirmiers étant vraiment les piliers de la santé de proximité, l'amendement AS1231 vise – conformément à une recommandation de la Cour des comptes – à légaliser des actes qu'ils effectuent déjà tous les jours, notamment la prescription d'antalgiques ou de solutions antiseptiques.

Mme Fadila Khattabi. L'amendement AS1332 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je suis défavorable à ces amendements.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. En créant le statut des infirmiers de pratique avancée – une idée depuis longtemps dans les tuyaux –, nous ambitionnions d'étendre les compétences des infirmiers à la biologie et à des actes qu'ils ne sont pas en mesure de pratiquer aujourd'hui. Les premiers infirmiers de pratique avancée seront diplômés en 2020 et se déploieront alors sur le territoire. Prévoir dans le projet de loi la délégation d'actes que les infirmiers de pratique avancée ne seront même pas autorisés à pratiquer ôte tout intérêt à cette formation de master – 1 000 personnes concernées cette année, et davantage les années suivantes – et à cette profession tout juste créée. Il y a un problème de cohérence générale.

Mme Fadila Khattabi. Au regard de ces explications, je retire l'amendement AS1332.

L'amendement AS1332 est retiré.

La commission rejette les amendements identiques.

L'amendement AS728 de Mme Sereine Mauborgne est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS760 de Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. Cet amendement tend à reconnaître les infirmiers titulaires d'un diplôme universitaire « plaies et cicatrisations » en les autorisant à assurer des consultations, au sein des hôpitaux de proximité par exemple. Deux millions de Français, porteurs de plaies chroniques, bénéficieraient de cette mesure.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cela relève encore du registre des infirmiers de pratique avancée. Avis défavorable.

Mme Sereine Mauborgne. Il s'agit simplement d'ouvrir à davantage de patients une pratique qui existe déjà dans les hôpitaux.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS752 de Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. Cet amendement vise à permettre aux infirmiers libéraux d'assurer des consultations de premier recours, au domicile du patient. Lorsqu'une situation s'aggrave à domicile, la famille ou le médecin traitant demandent à l'infirmier d'intervenir pour mieux orienter le patient et limiter le délai dans lequel le médecin pourra se rendre auprès du patient. Il s'agit de reconnaître une pratique déjà existante, et le rôle des infirmiers libéraux dans l'orientation des soins d'urgence.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il doit exister une lisibilité entre les différentes professions, or ces compétences sont celles de l'infirmier de pratique avancée. Avis défavorable.

Mme Sereine Mauborgne. Nous nous plaçons dans le cadre des soins de base, effectués tous les jours par des infirmiers libéraux auprès de leurs patients chroniques. Or ceux-ci sont parfois amenés à résoudre une situation médicale en entrant en contact

téléphonique avec le médecin traitant ou la coordination médicale du SMUR. Il s'agit de le reconnaître.

Mme Audrey Dufeu Schubert. La création de la profession d'infirmier de pratique avancée constitue une grande avancée, mais les IPA ne seront sans doute pas suffisamment nombreux ces prochaines années pour couvrir les besoins à domicile. Reconnaître ce qui est une pratique du quotidien pour les infirmiers libéraux serait une réelle avancée pour cette profession.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS1356 de Mme Caroline Janvier.

M. Sébastien Cazenove. Cet amendement a pour objet de renforcer l'accès aux soins de premiers recours par la création d'un statut d'infirmier référent aux côtés du médecin traitant et du pharmacien, un triptyque qu'il convient d'identifier. L'infirmier référent permettrait d'assurer une réelle coordination du parcours de soins, entre le médico-social et le sanitaire, la ville et l'hôpital ainsi qu'un suivi renforcé pour les patients dépendants et pour les malades chroniques. Cette mesure a été recommandée par le programme Santé 21 de l'OMS.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. C'est le médecin traitant qui coordonne le parcours de soins ; il en est le pilier. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS759 de Mme Sereine Mauborgne.

Elle est saisie de l'amendement AS1561 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement de simplification vise à supprimer une référence obsolète concernant l'exercice des pédicures-podologues.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous proposerons de revenir sur la rédaction lors de l'examen en séance.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1352 de Mme Caroline Janvier.

M. Sébastien Cazenove. Il s'agit d'étendre aux orthoptistes la possibilité, accordée aux opticiens lunetiers, de renouveler ou adapter les corrections optiques.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous soutenons l'esprit de la mesure, mais cet amendement ne prévoit pas d'encadrement réglementaire, alors que cela relève d'un décret d'actes.

M. Sébastien Cazenove. Je retire l'amendement afin d'en modifier la rédaction.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie des amendements identiques AS304 de Mme Monique Limon et AS1327 de Mme Fadila Khattabi.

Mme Fadila Khattabi. Cet amendement, qui fait suite aux échanges que j'ai eus avec le rassemblement des opticiens de France, vise à permettre aux opticiens d'adapter la primo-ordonnance délivrée par l'ophtalmologiste, après la réalisation d'un examen de vue. Compte tenu des délais de rendez-vous, notamment dans les territoires sous-denses, cet amendement contribue à faciliter l'accès aux soins visuels. De plus, il est en cohérence avec le remboursement intégral des équipements optiques, votés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'ai émis un avis favorable à l'amendement précédent qui concernait les orthoptistes. Ceux-ci travaillent déjà avec les ophtalmologistes, dans le cadre de protocoles de coopération – nous en reparlerons lorsqu'il s'agira des télésoins. Il me semble peu opportun de supprimer la première consultation. Avis défavorable.

L'amendement AS1327 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS304.

Puis elle examine l'amendement AS409 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le 13 juin, au congrès de la Mutualité française, le Président de la République déclarait : « *Le remboursement intégral des lunettes, essentiel, ne sert à rien si l'on met douze mois à avoir un rendez-vous avec un ophtalmologiste.* » Cet amendement vise à permettre aux opticiens-lunetiers d'adapter la correction visuelle dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Mêmes arguments que précédemment. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS305 de Mme Monique Limon.

Mme Monique Limon. Un peu moins de 10 % des personnes ayant besoin d'une correction visuelle portent des lentilles de contact, alors que celles-ci peuvent constituer une solution lorsque les verres correcteurs ne sont pas adaptés. Ce faible recours aux lentilles s'explique en grande partie par le fait que seul l'ophtalmologiste a le droit d'adapter les lentilles de contact, en dehors du cas de renouvellement de la prescription.

Dans le prolongement du rapport Voynet et de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, il est proposé que l'opticien puisse procéder à l'adaptation des lentilles de contact lors d'une primo-prescription, sous réserve de la non contre-indication par l'ophtalmologiste.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Mêmes arguments, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite successivement les amendements AS414, AS415 et AS412 de Mme Agnès Firmin Le Bodo

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le premier amendement vise à permettre aux opticiens-lunetiers, dans le cadre de suivi du glaucome chez les patients diabétiques, d'effectuer une prise de tension annuelle, dont les résultats seront envoyés au médecin prescripteur.

Le deuxième amendement vise à étendre aux opticiens-lunetiers la possibilité de réaliser les tests de dépistage de la rétinopathie diabétique.

Enfin, l'amendement AS412 fait suite au rapport de la HAS de 2006 qui préconise de mener des actions de prévention sur des populations cibles, concernant le glaucome. Il vise à permettre aux opticiens-lunetiers, dans le cadre d'une expérimentation, d'effectuer des actions de prévention et de suivi du glaucome.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'insiste sur la filière et les protocoles de coopération entre les orthoptistes et les ophtalmologistes. Avis défavorable.

M. Philippe Vigier. Le rapporteur peut-il nous expliquer quel sens revêt pour lui la délégation de tâches et la mise en réseau des professionnels de santé ? Ces amendements sont parfaitement justes, et sans apporter la meilleure des réponses, ils permettent de gérer une situation en fonction des personnels et des qualifications disponibles. Ne s'agit-il pas là d'une délégation de tâches, sous l'autorité du médecin, visant à apporter le meilleur des services aux patients ?

Mme Caroline Fiat. Je fais sans doute partie des premiers à combattre le glissement de tâches entre les diverses professions médicales. Mais nous faisons face à une situation de pénurie – qui justifie la fin du *numerus clausus* –, où les personnes ne peuvent pas consulter en urgence un ophtalmologiste et où les délais de rendez-vous sont très importants. À situation d'urgence, amendements d'urgence : je voterai ces amendements.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous sommes tous convaincus qu'il faut rendre la vie plus facile à nos concitoyens et que l'accès à certains professionnels de santé est très compliqué.

Vous n'êtes pas sans savoir, madame Firmin Le Bodo, que mes services ont commencé à travailler sur la filière optique. Le déploiement du 100 % santé modifie en effet l'équilibre des filières et la place des professionnels dans les prises en charge. Dans ce cadre, nous travaillons sur la formation des opticiens et des orthoptistes et sur d'éventuelles délégations de tâches.

Je trouve gênant d'inscrire dans la loi des délégations de tâches obligatoires, sans qu'il y ait eu concertation ou travail sur les parcours de soins. En outre, la HAS aurait probablement son mot à dire sur les risques encourus. Je suis très favorable au dépistage du glaucome par d'autres professionnels que les ophtalmologistes, mais ne doit-on pas craindre un défaut de diagnostic, lorsque l'on sait qu'une partie des personnes souffrant de glaucome

ne présentent pas de tension oculaire élevée ? Une concertation entre les professionnels est nécessaire.

Je suis favorable à l'évolution des pratiques et des filières de prise en charge, mais je trouve quelque peu prématuré de prévoir dans la loi la délégation d'actes médicaux à des professionnels dont la formation, et notre capacité à les former, reste incertaine. Aussi bonne qu'en soit la raison, nous prendrions des risques à adopter de telles mesures. Je vous demande de faire confiance au ministère, qui s'engage à travailler sur ces sujets, plutôt que de voter ces mesures sans en avoir travaillé tous les contours.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Bien évidemment, il faut penser au parcours et à la filière de soins. La question est de savoir à quel niveau les décisions peuvent se prendre : entre professionnels de santé, au niveau national. Les CPTS peuvent-elles prendre l'initiative d'autoriser des pratiques, quitte à ce que le ministère prenne ensuite la main pour autoriser ces partages de compétences ?

M. Philippe Vigier. J'ai bien senti dans vos propos, madame la ministre, que vous étiez ouverte à la réflexion. Dans le cas d'un glaucome, une prise en charge rapide, par un autre praticien qu'un ophtalmologiste, vaut mieux qu'un rendez-vous quatorze ou dix-huit mois plus tard ! Cette prise en charge se fait au sein d'une CPTS où, par définition, les professionnels de santé se mettent d'accord sur les actions de prévention, de coordination de soins et de protocole. Et cela vaut toujours mieux que de s'en remettre aux praticiens étrangers installés comme ophtalmologistes, qui pratiquent des dépassements d'honoraires rédhibitoires – j'ai des exemples à vous donner – et effectuent des prises en charge souvent catastrophiques.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Vous m'accorderez que j'ai été cohérente dans la présentation, puisque j'ai d'abord évoqué la nécessité de former les opticiens. Nous sommes dans une situation d'urgence : pour un diabétique, un contrôle annuel de sa tension visuelle par un opticien formé est préférable à aucun contrôle, faute de rendez-vous chez l'ophtalmologiste. Et pourtant, comme Mme Fiat, je ne suis pas très favorable aux glissements de tâches !

Mme Albane Gaillot. Nous savons les difficultés qu'éprouvent nos concitoyens à obtenir un rendez-vous chez l'ophtalmologiste et à se faire soigner dans de bonnes conditions. Cependant, ce n'est pas parce qu'il y a urgence qu'il faut proposer des réponses précipitées et inadaptées. Préférons plutôt une solution réfléchie avec l'ensemble des acteurs, qui permette de répondre, de la manière la plus pragmatique, à l'urgence de la situation. Le groupe de La République en Marche votera contre ces amendements.

Mme Caroline Fiat. Contrairement à ce que j'ai pu entendre à plusieurs reprises cet après-midi, les amendements que nous défendons sont mûrement réfléchis ! Effectivement, il ne convient pas de prendre précipitamment des mesures pour répondre à une situation d'urgence. Mais imaginons que ces amendements contribuent à sauver l'acuité visuelle d'une seule personne : celle-ci ne mérite-t-elle pas que nous les adoptions ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Bien sûr, j'ai confiance dans le travail mené par le ministère, dans le cadre du 100 % santé ! Mais des mesures d'urgence peuvent être prises parallèlement à ce travail de fond. Il ne s'agit pas que l'opticien prenne la place de l'ophtalmologiste ; il s'agit de permettre au patient, en l'absence de rendez-vous chez le

spécialiste, de pouvoir faire contrôler sa tension visuelle. Ce n'est pas tout à fait la même chose !

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Comme beaucoup d'entre vous, j'ai reçu ces propositions d'amendements. Mais dans le cadre d'autres travaux parlementaires, j'ai auditionné l'ensemble des acteurs de la filière visuelle et je sais que cette mesure n'est demandée ni par les ophtalmologistes ni par les orthoptistes, qui développent des protocoles de coopération sur le sujet.

Plutôt que d'inscrire ce genre de compétences nouvelles, et médicales, dans la loi, je préfère vous renvoyer à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, que nous avons étendu aux modifications de compétences dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. À ce titre, ces amendements, qui nécessiteraient une expérimentation plutôt qu'une inscription dans le dur et sans concertation, pourraient être considérés comme satisfaits. Avis défavorable.

M. Olivier Véran. Les actes réalisés par les opticiens seraient-ils payants, gratuits, remboursés ? Rien n'est spécifié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. J'attendais que M. Véran se réveille pour me poser la question ! J'imagine bien que les opticiens ne travailleront pas gratuitement.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Puis elle est saisie de l'amendement AS1328 de Mme Fadila Khattabi.

Mme Fadila Khattabi. Ayant entendu les explications de la ministre et du rapporteur, je retire l'amendement.

*L'amendement est **retiré**.*

La commission en vient à l'amendement AS1237 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Il est proposé de créer le statut d'aide-soignant en exercice libéral, qui fait figure aujourd'hui de chaînon manquant. Cet auxiliaire de soins effectue des toilettes au domicile, notamment dans le cadre des SIAD – soins infirmiers à domicile –, en coordination avec le médecin traitant. Dans le cadre d'un exercice coordonné, cela facilite le maintien à domicile.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'objectif de votre amendement est tout à fait louable. Toutefois, dans le cadre du futur projet de loi sur la dépendance, des groupes de travail réfléchissent au statut de l'aide-soignant dans un cadre plus global. Il me semble donc prématuré d'inscrire cette mesure dans la loi.

Mme Delphine Bagarry. Je retire l'amendement, mais je suivrai avec grand intérêt le dossier.

*L'amendement est **retiré**.*

La commission est saisie de l'amendement AS829 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Il est proposé, dans certaines conditions et de façon parfaitement encadrée, d'autoriser les pharmacies d'officine à dispenser certains médicaments en cas d'urgence. Prenons l'exemple d'une personne présentant une infection urinaire chronique un samedi à dix-huit heures, anallergique et qui a signalé ne plus avoir de médicaments : elle pourra en obtenir à la pharmacie. Cette pratique existe, de façon implicite, mais il faut l'encadrer légalement et s'appuyer, pour cette délégation de tâches, sur ce tripode essentiel, autour du médecin.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'ai déposé un amendement dans le même esprit, mais dont la rédaction est plus précise et complète, puisqu'elle concerne les pharmaciens, et non les pharmacies, et qu'elle prévoit que le pharmacien et le médecin traitant doivent être adhérents ou signataires du projet de santé d'une CPTS, d'une maison de santé pluri-professionnelle ou d'une équipe de soins primaires. Je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement au profit du mien.

M. Philippe Vigier. Je vous propose, comme on nous a habitués à le faire, d'inverser la hiérarchie des normes et de vous associer à notre amendement, que nous modifierons au besoin. L'élégance n'est pas à l'opposé du bien.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1487 du rapporteur, qui fait l'objet d'un sous-amendement AS1643 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement vise à permettre aux pharmaciens, dans le cadre d'un exercice coordonné – qu'il s'agisse d'équipes de soins primaires, de maisons de santé pluri-professionnelles, de centres de santé ou de CPTS – de délivrer, selon un protocole mis en place par la HAS, des médicaments dont la liste serait fixée par arrêté, dans le cadre de pathologies bénignes du quotidien – comme la cystite –, sous réserve d'une formation *ad hoc* du pharmacien sur ces protocoles et de l'information du médecin traitant.

M. Cyrille Isaac Sibille. J'entends, avec ce sous-amendement, accorder l'avis du rapporteur et de M. Vigier. L'objectif est de susciter la création de CPTS, d'inciter les médecins à adhérer et de mettre en place un parcours de soins. Mais il est important de respecter l'ensemble de la filière de soins et chacun de ses acteurs, le malade, le médecin traitant et le pharmacien. Je propose donc de préciser que l'accord entre le médecin traitant et le pharmacien est obligatoire. Si nous ne respectons pas chaque acteur de la filière de soins, nous allons à l'échec. Si le médecin traitant n'est pas joignable, s'il n'existe pas de CPTS ou si le médecin traitant n'est pas adhérent, le pharmacien peut délivrer certains médicaments selon le protocole HAS afin d'assurer la permanence des soins.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. C'est l'esprit de ce texte que de s'inscrire dans des exercices coordonnés des professionnels de santé et de prévoir toutes les garanties en termes de soins. En outre, votre amendement repousserait d'un an la mise en œuvre de cette mesure, qui me semble pourtant essentielle pour améliorer l'accès aux soins. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je réitère mes réserves sur la méthode. Encore une fois, c'est une réalité vécue par nombre de nos concitoyens : alors

qu'ils ont un besoin urgent de médicaments et souffrent, ils sont obligés d'attendre un rendez-vous chez un médecin. Il me semble très important de réussir à avancer sur ce sujet, soit par le biais d'une expérimentation, par exemple dans le cadre du dispositif prévu à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, soit dans une forme d'accord avec les professions médicales. Aujourd'hui, les médecins sont opposés à cette mesure. Ne prenons pas le risque de faire échouer les négociations conventionnelles en cours. Je souhaite plutôt que nous mettions à profit la semaine qui vient pour continuer à travailler avec les syndicats de médecins et trouver une voie de sortie par le haut sur cette question de la dispensation anticipée en officine. Je pense que c'est une mesure nécessaire dans beaucoup de territoires, mais tous les professionnels n'adhèrent pas à l'idée.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je soutiens l'amendement de mes collègues. Professionnels de santé, nous sommes tous confrontés à cette problématique. Nous l'avons déjà évoquée dans le cadre de l'examen du PLFSS, à propos des urgences. La situation du samedi après-midi nous en offre, à mon avis, le meilleur exemple. Madame la ministre, vous répondez en proposant d'expérimenter. Pourquoi pas ? Cependant, le chantage au risque de faire échouer les négociations si jamais les pharmaciens... Nous devons tous, professionnels de santé, évoluer. Sortons de ce corporatisme. Non, le pharmacien n'est pas un médecin de remplacement. Chaque professionnel de santé est capable d'assumer les responsabilités qui sont les siennes. Si les pharmaciens peuvent et veulent délivrer un médicament normalement soumis à prescription, ils prennent une responsabilité. Expérimentons s'il le faut, éventuellement en ne le faisant d'abord que pour une ou deux pathologies, mais il est grand temps d'enclencher la machine.

M. Jean-Pierre Door. C'est la deuxième ou troisième tentative depuis un an et demi. Je m'y opposerai donc une nouvelle fois. Je soutiendrai en revanche le sous-amendement de M. Isaac-Sibille, qui me paraît beaucoup plus sage. Que le pharmacien délivre un traitement pour un renouvellement, cela ne me pose pas de problème, et même si la durée de validité de l'ordonnance est dépassée, le pharmacien peut, je pense, être en droit de la renouveler. C'est normal. En revanche, pourquoi cibler une seule pathologie, comme la cystite ? Il y a la cystite aiguë, des cystalgies, des problèmes qui peuvent révéler autre chose. Le pharmacien fera-t-il le diagnostic ? Cela ne me paraît pas opportun.

Le sous-amendement de M. Isaac-Sibille invite à cette réflexion et à un accord entre médecin et pharmacien dans les parcours de soins coordonnés.

M. Philippe Vigier. Je soutiendrai le sous-amendement de M. Isaac-Sibille, frappé au coin du bon sens. Avoir un médecin dans chaque village, pouvoir trouver un médecin à tout moment, c'est fini, mais nous pouvons organiser une délégation de tâches bien structurée. La CPTS paraît le format approprié pour cela, et elle permet, par définition, de s'inscrire dans un protocole, avec un accord sur les objectifs et les modalités. Il ne s'agit pas de faire n'importe quoi : une liste des cas dans lesquels tel ou tel médicament peut être délivré est établie. Et puis faisons confiance à l'expérimentation au lieu de tout garder figé, comme toujours dans notre pays ! Faisons confiance aux acteurs ! Nous ne pouvons, d'un côté, crier au feu et appeler à l'action et, de l'autre, tout empêcher.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je remercie mes collègues Door et Vigier pour leurs propos.

Monsieur le rapporteur, ce qu'il faut, c'est l'accord du médecin traitant, pivot de la médecine. Le texte de votre amendement ne le précise pas, alors que c'est fondamental.

Il ne s'agit par ailleurs pas de retarder les choses. Simplement, je souhaite que les médecins adhèrent aux CPTS. Le délai d'un an vise donc à permettre aux CPTS de se mettre en place et à une coordination entre professionnels de santé de s'installer. Il vise simplement à donner le temps d'adhérer à la CPTS et à susciter l'intérêt pour celle-ci.

Mme Delphine Bagarry. Ce projet de loi est consacré à la santé. Il concerne non pas seulement les praticiens et professionnels de santé mais, surtout, la population et les patients. De quoi parlons-nous ? Que voulons-nous faciliter ? Dans un premier temps, il s'agit de faciliter un accès sécurisé aux soins. Effectivement, nous en parlons pour la troisième fois en quatre mois. De façon générale, la population est extrêmement favorable à un tel dispositif. En Suisse, c'est déjà possible pour vingt-quatre pathologies, et les pharmaciens de premier recours sont l'objet d'une thèse de pharmacie qui sera bientôt soutenue. Cet amendement nous offre la possibilité d'avancer dans la coordination, la protocolisation et l'organisation des soins, et cela va tout à fait dans le sens des CPTS et de l'esprit de ce projet de loi.

M. Olivier Véran. Il arrive, dans sa pratique courante, qu'un médecin soit conduit à rédiger une ordonnance *a posteriori*, parce que des patients n'ont pu voir le médecin avant d'aller à la pharmacie, où le pharmacien a bien voulu délivrer le médicament nécessaire. Le médecin établit ensuite l'ordonnance, avec une date qui permette le remboursement, éventuellement après avoir été contacté par le pharmacien par téléphone. Je décris là la pratique. Il serait envisageable de le faire dans le cadre d'un protocole.

Cela présente également un intérêt pour le développement des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Combien de patients prennent encore des antibiotiques parce qu'ils ont mal à la gorge alors que, dans 90 % des cas, nous le savons, c'est viral ! Un bâtonnet qu'on peut trouver en pharmacie et dont on devrait pouvoir disposer librement permet de déterminer si l'origine est virale ou bactérienne et donc si le traitement antibiotique présente un intérêt. La disposition proposée par le rapporteur ouvre une porte qui nous permettra d'envisager cela. Il s'agit non pas de substituer le pharmacien au médecin mais de simplifier le quotidien d'un certain nombre de Français et de normaliser certaines pratiques.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Mme Bagarry a raison : nous travaillons aujourd'hui pour les Français, pour les usagers du système de santé, pour les patients. Ils sont notre priorité, nous devons en permanence garder cela à l'esprit.

Je suis fondamentalement convaincue, madame Firmin Le Bodo, de l'urgence nécessaire de faire évoluer les pratiques et les compétences. D'ailleurs, j'ai mis mon énergie à faire avancer le décret sur les infirmiers de pratique avancée, encaimé dans mon ministère depuis dix ans, et quand j'ai décidé d'une date d'ouverture de la formation – le mois de septembre 2018 – elle a été tenue. Quand j'ai décidé d'élargir les possibilités de vaccination chez les pharmaciens, j'ai commencé par une expérimentation dans trois régions, puis dans deux régions supplémentaires, puis, maintenant, dans la France entière ; j'ai avancé. Je suis train de travailler sur l'évolution du métier d'aide-soignant dans le cadre du projet de loi sur la dépendance. Je suis convaincue qu'il faut faire bouger les lignes. Ne me faites donc pas le procès de ne pas vouloir le faire. Simplement, jusqu'à présent, ma méthode fut la concertation. Vous n'aurez ainsi entendu personne protester à propos des infirmiers de pratique avancée, et l'expérimentation que je viens d'évoquer n'aura pas non plus entraîné

une levée de boucliers chez les pharmaciens ou les médecins. Nous pouvons trouver des voies de passage, et le passage en force peut nous mettre en difficulté. Je souhaite encore mettre à profit la semaine qui vient pour trouver une voie de passage avec les syndicats de médecins.

*La commission **rejette** le sous-amendement AS1643.*

*Puis elle **adopte** l'amendement AS1487.*

La commission suspend ses travaux de dix-huit heures vingt à dix-huit heures quarante.

La commission examine l'amendement AS1623 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement vise à introduire « dans le dur » une notion née il y a déjà plus de dix ans avec la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST), une notion qui n'a jamais réellement été mise en œuvre mais dont nous avons lancé une expérimentation dans le cadre de la dernière loi de financement de sécurité sociale : le pharmacien correspondant. Il s'agirait de permettre au pharmacien d'officine de renouveler périodiquement des traitements chroniques et d'en adapter les posologies, en lien étroit avec le médecin traitant. C'est une évolution incontournable de la profession qui pourra améliorer l'accès des Français aux soins.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*L'amendement AS1380 de Mme Albane Gaillot est **retiré**.*

La commission se saisit des amendements identiques AS248 de M. Paul Christophe, AS503 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS527 de M. Yves Daniel, AS859 de M. Jean-Pierre Door et AS1236 de Mme Delphine Bagarry.

M. Paul Christophe. Madame la ministre, vous avez pu mesurer notre attachement à la vaccination lors des dernières questions au Gouvernement.

L'amendement AS248 vise précisément à permettre aux pharmaciens d'officine la délivrance de vaccins à prescription médicale obligatoire dont la liste serait fixée par arrêté. Il leur permettrait ainsi de participer à la politique de renforcement de la couverture vaccinale et de faciliter le parcours des patients *via* un partage de tâches.

Les pharmaciens d'officine ont démontré qu'ils constituaient de solides acteurs de proximité, notamment dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale – et la vaccination antigrippale par les pharmaciens sera généralisée à l'ensemble du territoire pour la campagne 2019-2020. Cet amendement s'inscrit dans la suite logique de cette mesure.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Madame la ministre, il serait dommage, vous en conviendrez, que le pharmacien ne puisse pas délivrer le vaccin contre la grippe sans ordonnance, alors qu'il est censé pouvoir participer et doit participer au développement de la vaccination, et qu'il doit lui-même vacciner. Tout à l'heure, nous avons adopté un amendement pour permettre à un pharmacien de délivrer sans ordonnance certains médicaments. M. Door reconnaîtra qu'il serait dommage de ne pas faire de même pour certains vaccins.

L'amendement AS503 est en somme un amendement d'anticipation qui nous évitera de devoir de nouveau, plus tard, légiférer pour permettre aux pharmaciens de délivrer sans ordonnance le vaccin contre la grippe – comme cela se fait en Irlande.

M. Jean-Pierre Door. L'expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens, chère collègue Firmin Le Bodo, a eu d'excellents résultats. L'essentiel, c'est d'augmenter le taux de vaccination. Il nous faut absolument une meilleure politique vaccinale et nous proposons effectivement, par l'amendement AS859, que les pharmaciens puissent dispenser certains vaccins, même s'ils sont à prescription médicale obligatoire, dès lors qu'ils ont déjà été prescrits – pas en primo-vaccination, donc.

Mme Delphine Bagarry. La disposition que nous proposons par l'amendement AS1236 va de pair avec la vaccination qui pourra être proposée et faite par les infirmiers. Je reprendrai l'expression de Mme Firmin Le Bodo en parlant d'amendement d'anticipation.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je vois bien quel objectif poursuivent ces amendements, mais, en l'état, ils me paraissent satisfaits – ou alors je n'en comprends pas tout à fait la rédaction. Peut-être pouvons-nous y retravailler d'ici à la séance si leurs auteurs les retirent.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit d'un problème de réglementation européenne : les vaccins vont devenir à prescription médicale obligatoire. Mme Michu peut actuellement venir acheter son vaccin en officine et se faire vacciner, le tout en vingt minutes. Une fois que la réglementation européenne aura rendu obligatoire la prescription médicale, il lui faudra passer par le cabinet de son médecin ; cela ne va pas du tout dans le sens de ce que nous souhaitons faire. Je propose donc d'anticiper cette évolution de la réglementation européenne.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Merci, madame la députée Firmin Le Bodo, pour cette précision extrêmement pertinente. Nous n'avions pas compris cela. Peut-être la question mérite-t-elle que nous y travaillions d'ici à la séance.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous pouvons effectivement retravailler sur la rédaction de l'amendement, pour le rendre plus compréhensible de tous.

M. Jean-Pierre Door. Pour ma part, je maintiens l'amendement AS859. Il faut que la liste des vaccins susceptibles d'être délivrés par le pharmacien soit établie par arrêté. C'est un amendement d'appel, comme Mme la ministre l'a parfaitement compris.

M. Paul Christophe. Je maintiens l'amendement AS248 pour les mêmes raisons.

M. Yves Daniel. Je retire l'amendement AS527, pour que nous puissions y retravailler.

Les amendements AS503, AS527 et AS1236 sont retirés.

La commission rejette les amendements AS248 et AS859.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS1631 du rapporteur, AS428 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS301 de M. Paul Christophe.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Depuis quelques années, dans un nombre croissant de pays, dont la France, le circuit de distribution des médicaments connaît régulièrement des dysfonctionnements qui entraînent des ruptures d’approvisionnement. L’enjeu et les risques pour la santé publique de nos concitoyens sont majeurs, *a fortiori* quand il s’agit de médicaments d’intérêt thérapeutique majeur (MITM). Ce sont des médicaments considérés comme indispensables dans l’arsenal thérapeutique des patients et dont l’indisponibilité est susceptible d’entraîner un problème de santé publique.

La mesure proposée, qui complète les dispositifs existants, permettra aux pharmaciens d’officine d’assurer la continuité du traitement des patients en procédant, sans l’accord exprès et préalable du prescripteur, mais conformément à la recommandation établie par l’Agence nationale de sécurité du médicament, à un changement de médicament lorsque celui qui a été prescrit connaît une rupture d’approvisionnement susceptible de mettre en jeu le pronostic vital du patient ou d’entraîner une perte de chance importante pour ce dernier.

M. Paul Christophe. De plus en plus fréquentes, les ruptures de stock et d’approvisionnement de médicaments deviennent une réelle préoccupation de santé publique pour certains patients. Avec 530 signalements, soit dix fois plus qu’en 2008, l’année 2017 a constitué une année record en la matière. Une enquête réalisée par BVA en 2018 a démontré que l’expérience de pénurie de médicaments est relativement courante : un Français sur quatre a déjà manqué d’un médicament ou d’un vaccin pour cause de pénurie. Cette expérience est plutôt vécue en pharmacie d’officine, avec 22 % des Français qui en ont été victimes, plutôt qu’à l’hôpital, où la proportion de Français concernés est de 3 %.

Cela justifie l’intérêt de l’amendement AS301.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je propose à Mme Firmin Le Bodo et à M. Paul Christophe de retirer leurs amendements au profit de celui dont je suis l’auteur, qui vise le même objectif.

La commission adopte l’amendement AS1631.

En conséquence, les amendements AS428 et AS301 tombent.

La commission en vient aux amendements identiques AS121 de M. Vincent Descoeur, AS404 de Mme Émilie Bonnivard, AS787 de M. Philippe Vigier et AS857 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. L’amendement AS121 vise à permettre les actes de vaccination antigrippale dans les laboratoires de biologie médicale. Cette mesure est cohérente avec le plan priorité prévention.

Mme Émilie Bonnivard. Élargir la couverture vaccinale est indispensable pour permettre à la fois la prévention et la diminution du nombre de cas de grippe. Les laboratoires de biologie médicale représentent un point d’accès supplémentaire à la vaccination antigrippale pour les Français et pourraient contribuer à une hausse significative de la couverture vaccinale. Cela permettrait en outre des économies de santé à court, moyen et long termes *via* l’amélioration du dispositif de prévention et la diminution, dès 2019, du nombre de cas de grippe lors de l’épidémie hivernale. C’est ce que je propose par l’amendement AS404.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS787 offre aux médecins et pharmaciens biologistes la possibilité de pratiquer des vaccinations antigrippales afin d'augmenter la couverture vaccinale contre la grippe.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Des travaux ont été lancés par la HAS à la demande de Mme la ministre. Il me paraît approprié d'attendre leurs conclusions, d'autant que la question pourrait être réglée par voie réglementaire. Je suis donc défavorable à ces amendements.

La commission rejette ces amendements.

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS1200 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Je propose d'associer les biologistes médicaux aux actions de prévention et de promotion de la santé en leur permettant de réaliser des entretiens avec les patients, qui pourraient par exemple concerner la prévention de maladies chroniques – maladies cardiovasculaires, diabète, insuffisance rénale chronique – ou encore de mieux sensibiliser les patients aux enjeux de santé publique, avec la vaccination, le dépistage, la prévention, etc.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'ai déjà pu le dire à l'occasion de l'examen d'un précédent amendement. Les biologistes sont des professionnels de santé tout à fait qualifiés qui peuvent déjà mener ce genre d'entretien, c'est déjà prévu par la loi. Je suis donc défavorable à cet amendement.

M. Jean-Louis Touraine. Ce n'est pas déjà prévu par la loi, monsieur le rapporteur. Les biologistes s'en alarment et insistent, année après année, pour être enfin autorisés à conduire ces entretiens.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je vous invite, monsieur le député, à retirer cet amendement ; à défaut, j'y serai défavorable. Étant médecins ou pharmaciens, les biologistes peuvent délivrer des messages de prévention au cours des entretiens qu'ils ont avec les patients, rien ne les en empêche. Inscire cela dans la loi comme un acte impliquerait de rémunérer un acte de consultation. Or je me suis refusée à ce qu'il y ait des consultations de prévention. Ce n'est pas du tout la logique du plan que je propose ; je souhaite que la prévention soit partie intégrante du parcours de soins du patient et des consultations en général, sans que cela donne lieu à une rémunération d'acte de consultation. Nous ne saurions comment placer cela dans la vie des personnes : faudrait-il des consultations de prévention tous les ans, tous les deux ans ? Il faudrait un cadrage. Aujourd'hui, la prévention ne s'inscrit pas dans une logique d'acte. En revanche, des professionnels de santé, médecins ou pharmaciens, où qu'ils soient, peuvent délivrer des messages de prévention – ils sont diplômés pour le faire. Je ne souhaite pas que cela devienne un acte.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS494 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle examine ensuite l'amendement AS542 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je propose de renommer « *communautés professionnelles locales de santé* » les communautés professionnelles territoriales de santé. Le qualificatif « *territoriales* » évoquerait plutôt l'échelle du département, alors que, pour moi, la CPTS est plutôt la plus petite cellule.

M. Thomas Mesnier. Je cherche toujours un nom plus digeste pour les CPTS. Je crains que la substitution proposée par M. Isaac-Sibille n'améliore pas la lisibilité et ne soit même une source de complexité plus que de simplification. Je vous propose, chers collègues, de continuer de chercher avec moi.

M. Jean-Carles Grelier. Dans le cadre d'une récente proposition de loi, j'avais proposé de les appeler villages de la santé pour donner ce sentiment de proximité qu'attendent nos concitoyens.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il y a la question du sigle, certes, monsieur le rapporteur, mais il y a aussi le caractère très flou, en France, de la notion de territoire. L'adjectif « *locale* » évoquerait bien cette plus petite cellule de fonctionnement de l'exercice coordonné.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS1152 de M. Guillaume Garot.

Mme Ericka Bareigts. Pour organiser plus efficacement l'offre de soins et à titre expérimental, cet amendement vise à permettre à des pharmaciens d'officine de dispenser certains médicaments à prescription médicale obligatoire dont la liste serait définie par arrêté des ministres, dans le cadre d'un protocole inscrit dans les projets des communautés professionnelles territoriales de santé. Cette expérimentation devrait bien sûr faire l'objet d'un rapport d'évaluation transmis au Parlement par le Gouvernement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement est satisfait par l'amendement AS1487, que nous avons adopté – et qui ne présente pas de caractère expérimental.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle se saisit de l'amendement AS288 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Dans le contexte actuel de temps médical raréfié, de désorganisation liée aux soins non programmés et d'encombrement des services d'urgence, les patients rencontrent de sérieuses difficultés pour obtenir une prescription médicale dans un délai compatible avec une situation d'urgence. Les médecins, pharmaciens et autres professionnels de santé établis sur un même territoire doivent pouvoir coopérer facilement, sans passer par des voies dérogatoires afin de faciliter l'accès aux soins des patients.

Aussi, le présent amendement vise à expérimenter dans deux régions la dispensation par le pharmacien d'officine de certains médicaments à prescription médicale obligatoire lorsqu'ils font l'objet d'un protocole ou d'une ordonnance collective.

Ces ordonnances collectives sont fréquemment utilisées par les autorités québécoises ou écossaises pour certaines pathologies, comme la maladie de Lyme, la cystite ou encore la conjonctivite.

Cette expérimentation vise à un partage des tâches entre professionnels de santé afin de libérer du temps médical pour des pathologies plus graves.

M. Thomas Mesnier. Je vous invite, cher collègue, à retirer cet amendement, satisfait par les amendements adoptés précédemment.

La commission rejette l'amendement.

La commission examine ensuite, en présentation commune, les amendements AS518, AS520, AS522, AS523 et AS524 de M. Yves Daniel.

M. Yves Daniel. Voici une série d'amendements d'expérimentation. L'amendement AS518 concerne l'accès à la vaccination contre la grippe saisonnière : il propose de mettre à disposition des lots de vaccins antigrippaux chez les médecins généralistes et infirmiers diplômés d'État. L'amendement AS520 a pour objet d'impliquer les pharmaciens dans le dépistage précoce du diabète. L'amendement AS522 porte sur la prévention visant à éviter les maladies cardio-vasculaires. L'amendement AS523 propose de mettre en place un défibrillateur dans l'ensemble des pharmacies françaises. Le dernier, l'amendement AS524, tend à impliquer le pharmacien dans la réalisation des tests rapides d'orientation de diagnostic pour l'angine et la grippe, afin de lutter contre l'antibiorésistance.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cela fait beaucoup d'expérimentations... Il est préférable de choisir entre les expérimentations ou, mieux encore, de prévoir dans la loi certaines nouvelles pratiques.

Au demeurant, votre amendement sur le test de dépistage rapide (TROD) pourrait par exemple se voir pleinement satisfait dans le cadre du plan concernant les pathologies du quotidien dont je parlais tout à l'heure : typiquement, dans le cas d'une angine, ce petit test sera réalisé dans ce contexte. Pour le reste, je propose d'avancer en coordination sur de nouvelles pratiques, mais sans rouvrir de nouvelles expérimentations qui risquent de se chevaucher un peu les unes les autres, d'autant que certaines, comme celle qui concerne la glycémie, peuvent être déjà satisfaites. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Madame la ministre, je profite de votre présence pour vous soumettre une idée qui me revient en lisant ces amendements. Comme vous le savez, dans les protocoles de chute en vigueur dans les établissements de santé, il est prévu de prendre le taux de glycémie. Or les aides-soignantes ne peuvent pas le faire, ce qui pose des soucis. Pensez-vous possible de prévoir, pour la séance publique, un amendement qui les y autoriserait ? Je suis prête à l'écrire avec vous !

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Ce sujet relève de l'évolution des compétences car, comme vous le savez, les aides-soignantes n'ont pas le droit, théoriquement, de franchir la barrière cutanée. Cela fait partie des dossiers sur lesquels le ministère travaille aujourd'hui : comment faire évoluer les métiers et les carrières ? Il est difficile d'inscrire dans la loi une telle mesure, sans être certain qu'un médecin pourra interpréter les résultats. Ce n'est pas tant l'acte que son interprétation qui pose problème.

Je suis défavorable à l'inscription dans la loi de nouvelles compétences pour des professionnels. Nous travaillons sur les décrets de compétences, mais avec tous les professionnels concernés, dans le cadre des concertations à l'intérieur du ministère.

M. Olivier Véran. Le premier amendement de M. Daniel renvoie à une question plus générale pour les vaccins. En effet, pourquoi ne pas réduire encore le nombre d'étapes, en permettant la dispensation directe du vaccin lors d'une consultation de médecine générale : le médecin aurait en stock quelques vaccins à proposer. Pour ce faire, il pourrait y avoir des protocoles de coopération entre une pharmacie d'officine et les médecins d'un territoire pour permettre aux médecins d'avoir chez eux un réfrigérateur sécurisé pour stocker des vaccins. Madame la ministre, qu'en pensez-vous ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cette idée sera incluse dans le plan Priorité Prévention qui sera discuté le 25 mars prochain. Nous allons encore faciliter le parcours vaccinal, en mettant, dans le cadre d'un protocole 51 et d'une expérimentation, des vaccins à disposition chez différents professionnels de santé – les sages-femmes, par exemple, ont également le droit de vacciner. L'opération nécessite une expérimentation car elle implique de la traçabilité. Il ne s'agit pas simplement de laisser des vaccins en stock : il faut vérifier qu'ils ne seront pas à température ambiante, *etc.*

Tous vos amendements procèdent de très bonnes intentions, mais j'en souhaite le retrait, sinon le rejet, car ces expérimentations ont déjà commencé.

M. Yves Daniel. Je retire mes amendements. Je profite de cette occasion pour rappeler que le salut de notre système de santé et de notre système social passe d'abord par la prévention.

Les amendements sont retirés.

La commission examine ensuite l'amendement AS819 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Le présent amendement propose de mettre en place une expérimentation de la vaccination dans les laboratoires de biologie médicale. Cette expérimentation peut être une mesure de bon sens. En effet, les biologistes sont tout à fait capables de procéder à la vaccination ; les centres de biologie médicale disposent des capacités logistiques pour assurer la traçabilité des vaccins et gérer l'élimination des déchets produits par le vaccin. Dans le contexte vaccinal que nous connaissons, marqué par une défiance particulière et une hausse de certaines maladies qu'on avait pourtant réussi à éradiquer, telle que la rougeole, proposer une telle expérimentation peut être pertinent.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous avons déjà discuté de la même idée, mais sans expérimentation. Mon avis est toujours défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Chapitre II – Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins

Avant l'article 8 :

La commission examine l'amendement AS966 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à modifier le titre de ce chapitre, afin de lui en donner un autre plus conforme à la réalité de la politique menée par ce gouvernement en matière de service public de santé.

Nous considérons qu'avec le recours à deux ordonnances, le Gouvernement cherche à refuser le débat sur la carte hospitalière française et sur les critères requis pour le label « hôpital de proximité ». Les services d'urgence, les plateaux techniques et les maternités sont fortement remis en question par ces ordonnances. Faut-il anticiper un déclassement des hôpitaux publics ? Tout semble l'indiquer.

Les hôpitaux de proximité, tels que prévus par ce gouvernement, s'apparentent à des dispensaires doublés d'EHPAD. En outre, il convient de rétablir la vérité sur les chiffres annoncés : les 500 à 600 hôpitaux de proximité ne seront évidemment pas de nouveaux hôpitaux, mais des centres hospitaliers existants en voie de déclassement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je citerai le philosophe Alain : « *Le pessimisme est d'humeur ; l'optimisme est de volonté.* » Vous voyez décidément le mal partout ! Nous ne voulons pas dégrader l'hôpital de proximité : nous voulons le renforcer. Nous voulons le définir par ses missions, et non par des critères *ad hoc* pas toujours adaptés aux territoires concernés. Nous voulons en faire un acteur pivot des territoires, où l'hôpital, les médecins libéraux et le secteur médico-social travaillent main dans la main. Il s'agit d'offrir à tous des soins de qualité et une prise en charge adaptée au plus près du terrain. Avis défavorable.

M. Joël Aviragnet. Votre idéalisme me va droit au cœur.

M. Paul Molac. Le propos de M. Aviragnet est tout de même largement partagé par un certain nombre de nos collègues. Je ne suis ni optimiste, ni pessimiste, mais j'aime les faits. Or les faits, c'est qu'un certain nombre de maternités ferment en France pour des raisons que l'on connaît, et notamment parce que, parfois, l'absence de praticiens peut rendre l'établissement dangereux.

Dans certains hôpitaux, il ne reste plus aujourd'hui qu'un plateau technique pour faire de la chirurgie et, ensuite, de l'obstétrique. Si l'on ferme ces maternités où il y a 500, 600 ou 700 accouchements, leur activité va bien sûr se reporter sur les autres et cela va nous poser un problème. C'est pourquoi j'attends quelques assurances et quelques explications.

M. Olivier Véran. La naissance des hôpitaux de proximité comme structures dotées d'un financement *ad hoc* a été adoptée pendant le mandat précédent.

L'appellation vient de Marisol Touraine, qui a stabilisé le financement des 200 à 300 établissements concernés. Il avait été dit à l'époque que cette formule irait crescendo : d'abord stabilisation du financement, puis renforcement des prérogatives de ces établissements. Cela n'a pas été fait : le financement a simplement été stabilisé. Alors que la volonté de développer et de recréer de l'activité technique et de l'activité médicale dans ces établissements est aujourd'hui clairement montrée, j'ai vraiment du mal à comprendre vos propos !

La commission rejette l'amendement.

Article 8 : *Cadre de définition des « hôpitaux de proximité » en associant les professionnels de ville à leur gouvernance*

La commission examine les amendements identiques AS144 de Mme Annie Genevard, AS347 de M. Jean-Carles Grelier, AS934 de M. Joël Aviragnet, AS1116 de M. Philippe Vigier, AS1175 de M. Pierre Dharréville et AS1449 de M. Bernard Perrut.

M. Jean-Pierre Door. L'article 8 est très important, puisqu'il porte sur le maillage territorial des établissements de santé et, en particulier, de ce qu'on appelait les centres hospitaliers locaux.

Vous demandez une habilitation à procéder par ordonnance pour prendre cette mesure de transformation des hôpitaux de proximité. Ce qui nous trouble, c'est que les élus locaux ont donné l'alerte. Nous avons aussi entendu sur les ronds-points des « gilets jaunes » contester les mesures qui étaient prises dans leur territoire.

Ce qui manque à cette proposition, c'est la concertation. Or elle est nécessaire dès l'instant où il faut une réflexion globale par bassin d'emploi ou par bassin de vie, de façon à obtenir un maillage territorial efficace. Tel est le sens de cet amendement de suppression de l'article.

M. Jean-Carles Grelier. Le moment est effectivement venu de dire des choses un peu moins agréables...

En séance publique, j'ai entendu à l'instant le ministre de l'économie nous expliquer doctement que le recours aux ordonnances dans la loi PACTE se justifiait par l'urgence qu'il y a à intervenir. Il semble que Bercy et Ségur ne soient pas dans le même fuseau horaire : le ministère de la santé utilise en effet les ordonnances pour prendre du temps, quand, au ministère de l'économie et des finances, on les prend pour ne pas en perdre... Les choses commencent à ne plus être très claires.

Je voudrais aussi dénoncer quelques mauvaises pratiques. La semaine dernière, j'ai réuni quelques professionnels de santé pour préparer les débats de notre commission. Or ils avaient tous entre les mains un projet d'amendement du Gouvernement, visant à définir ce que seraient les missions des hôpitaux de proximité, alors même que la représentation nationale n'avait pas connaissance de ce texte ! Nous n'étions informés de rien...

Dernière mauvaise pratique : notre rapporteur – même si je ne lui en veux pas – n'a prononcé que trois avis favorables en faveur d'amendements de l'opposition depuis le début de nos débats. C'est un peu exagéré.

M. Joël Aviragnet. Légiférer par ordonnances sur un sujet aussi important et structurant pour les territoires, comme l'est la carte hospitalière, pose réellement question.

Nous demandons au Gouvernement de nous présenter la carte hospitalière prévisionnelle des hôpitaux de proximité. Par ailleurs, nous ne pouvons ignorer la tendance comptable et technocratique qui tend à réduire l'activité des hôpitaux faute de moyens, puis, à terme, à organiser la fermeture de ces hôpitaux... par manque d'activité.

Actuellement, le Parlement ne connaît toujours pas les critères retenus pour le label « hôpital de proximité », ainsi que la future carte hospitalière de France qui se dessine. À ce titre, nous demandons donc la suppression de cet article.

Mme Jeanine Dubié. Nous demandons nous aussi la suppression de cet article.

D'abord sur la forme. Car légiférer par ordonnances, c'est empêcher les débats parlementaires : sur un sujet aussi important, nous ne pouvons pas y adhérer. Ensuite, sur le fond, nous entendons bien les revendications de nos concitoyens ; nous voyons aussi, dans nos permanences, que le sujet de l'accès aux soins est une véritable préoccupation, ainsi que le maintien des activités de chirurgie et de médecine d'obstétrique dans des hôpitaux proches des lieux de résidence des gens.

Pour ces raisons, nous n'acceptons pas le manque de clarté qui entoure ce projet d'ordonnance sur les missions et sur la forme de ces hôpitaux.

M. Alain Bruneel. On discute, depuis tout à l'heure, de la santé des patients et des personnels. Mais on va établir la carte des hôpitaux en labellisant 500 ou 600 établissements de proximité, où il n'y aura plus de plateau de chirurgie ni de maternité : seulement de la médecine générale, de la gériatrie et du suivi des soins. Il y a actuellement 995 établissements, dont 240 établissements de proximité. Et on va encore enlever des services dans certains hôpitaux, toujours sans concertation avec les élus ! Si ceux-ci, tout comme les patients, les personnels concernés, ainsi que les syndicats, n'ont pas de vision globale de ce qui va exister sur le territoire, cela pose un gros problème. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

M. Bernard Perrut. Vous voulez mettre en place un modèle spécifique d'organisation de l'hôpital dont les hôpitaux de proximité constitueraient le premier niveau, trait d'union entre la médecine de ville et le milieu hospitalier. Pourquoi pas ? On peut en parler sur le fond. Ils devront se concentrer, bien sûr, sur des activités de proximité en fonction des territoires. Mais on peut s'interroger, parce que la méthode et la forme ne sont pas bonnes. On peut s'interroger aujourd'hui, dans cette assemblée, sur le nombre d'hôpitaux de proximité qui seront déterminés. On peut s'interroger sur les activités qui seront maintenues ou non. On peut s'interroger sur la prise en compte des territoires dans leur réalité. On peut s'interroger sur la place des urgences – seront-elles maintenues ? On peut s'interroger sur le rôle des GHT. Les élus déplorent une concertation insuffisante en amont, alors que nous aurions pu être associés à ce sujet, qui tient à la santé, première préoccupation des Français.

Madame la ministre, vous pouvez comprendre pourquoi nous y sommes autant attachés, en tant que représentants de nos territoires.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Sur la méthode et la nécessité d'une habilitation, je laisserai Mme la ministre répondre. Je sais que les travaux sont en cours s'agissant de la concertation, qui associe l'ensemble des parties prenantes. Je sais que les grandes associations d'élus locaux ont été et seront entendues dans ce cadre. J'ai eu l'occasion d'en discuter avec eux au cours des auditions.

Cette réforme ne pouvait se faire dans la précipitation, au vu des enjeux qui y sont attachés. Je conçois donc tout à fait qu'on prenne le temps de la concertation. Nous serons

extrêmement attentifs, au moment de la ratification de cette ordonnance ; toutes les sensibilités parlementaires pourront s'exprimer alors et modifier ce qui ne leur conviendrait pas dans le texte.

Pour ce qui est du fond, je voudrais d'abord remercier Mme la ministre d'avoir entendu l'appel des parlementaires et de nous présenter cet amendement gouvernemental concernant les missions socles des hôpitaux. Cela va nous permettre d'en débattre ici, et davantage encore en séance publique. Sur le champ de l'ordonnance, quand bien même a-t-on retiré la partie relative aux missions socles, quelque chose me faisait dire que l'ordonnance était un peu trop large. C'est pourquoi j'ai déposé un amendement tendant à restreindre son périmètre, concernant le financement, pour mieux le renvoyer au PLFSS.

En tout cas, ces hôpitaux de proximité répondent à un vrai besoin. Ils s'inscrivent dans le territoire et nous devons réinvestir en eux pour apporter, au plus près des territoires, les réponses les plus adaptées à nos concitoyens. Donc avis défavorable sur ces amendements de suppression.

M. Bernard Perrut. M. le rapporteur nous rappelait cette belle citation du philosophe Alain : « *Le pessimisme est d'humeur ; l'optimisme est de volonté.* » Mais le même disait aussi : « *Tout pouvoir sans contrôle rend fou* »...

M. Thibault Bazin. Nous sommes dans un contexte bien particulier, à la suite du Grand débat et au mouvement des « gilets jaunes ». Les fractures territoriales ont nourri un sentiment d'abandon et désespérance et, en parallèle, nous assistons à une crise de confiance envers l'organisation de l'État. Or la santé est une des préoccupations majeures.

Dans de telles conditions, il est vraiment inopportun de prévoir une ordonnance sur ce sujet. La représentation nationale doit pouvoir discuter de l'amplitude totale des modalités de gouvernance et des missions, même de celles qui n'appartiennent pas au socle. Les hôpitaux de proximité connaissent en effet des difficultés. Nous devons être responsables et trouver des solutions aux problèmes financier, de recrutement et d'accès aux soins.

Mme Caroline Fiat. J'entends, monsieur le rapporteur, qu'une carte sera publiée et que les parlementaires pourront donner leur avis. Ma question va être simple et rapide : M. Macron a fait des annonces en septembre dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ». Nous sommes au mois de mars. Pourquoi ne disposons-nous pas de cette carte pour l'examen de ce projet de loi ?

Mme Jeanine Dubié. Moi aussi, je suis surprise d'entendre le rapporteur dire qu'une carte sera élaborée. Lorsque j'avais posé la question à Mme la ministre, la semaine dernière, quand nous l'avons auditionnée, elle m'avait répondu qu'il n'en était pas question.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Peut-être que je me suis mal exprimé. Je n'ai absolument pas parlé d'élaboration de cartes. J'ai seulement dit que nous pourrions tous travailler le texte de l'ordonnance qu'on nous proposera de ratifier.

M. Brahim Hammouche. L'article 8 est fondamental. Demander sa suppression n'est ni cohérent, ni adapté. Par ailleurs, les hôpitaux de proximité sont, me semble-t-il, un élément fondamental, et même un chaînon manquant, dans notre organisation sanitaire et dans

la graduation de notre accès aux soins. Il me semble également, à la lecture de l'amendement du Gouvernement AS1551, que toutes les inquiétudes pourraient être levées.

M. Jean-Carles Grelier. Madame la ministre, vous nous avez indiqués hier vouloir faire preuve d'ouverture en associant la représentation nationale à la préparation de ces ordonnances. Je n'ai évidemment aucune raison de mettre en cause ni votre parole ni votre volonté d'aller jusqu'au bout. Mais permettez-moi d'être un peu impertinent. Que se passerait-il si, d'aventure, alors que la campagne des élections européennes approche, il vous venait non pas la tentation de Venise, mais celle de Strasbourg ? Quelles garanties nous apportez-vous que ces engagements seraient tenus par un éventuel successeur, que, bien évidemment, nous ne souhaitons pas ?

Mme Albane Gaillot. Supprimer cet article serait une erreur. Comme l'a dit notre collègue Hammouche, le soin de proximité est la pierre angulaire de notre système de santé. C'est à ce niveau que se jouent les principaux défis qui se posent à nous : garantir l'égal accès de tous à des soins de qualité sur tout le territoire et réussir à construire ou reconstruire des prises en charges fluides et efficaces pour tous les patients. Je pense donc qu'il est très important de maintenir cet article.

M. Alain Bruneel. La question de la suppression a trait à la démocratie et à l'état des lieux des territoires. Tout le monde est d'accord pour ouvrir un établissement de proximité. On peut aussi ouvrir des centres de soins de proximité.

On a l'ambition d'avoir entre 300 et 500 établissements de proximité. Mais, je le répète, on n'a que 995 établissements en France. Si on doit en ponctionner 300, il faudra tout restructurer, fermer des maternités, des services d'urgences... Il ne restera que la médecine générale. Cela nous pose un problème. Si tel n'est pas le cas, dites-le nous !

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Beaucoup de choses ont été dites. Je ne pourrai probablement pas répondre à chacun d'entre vous, mais nous aurons l'occasion d'y revenir en séance publique.

La philosophie de ce texte repose sur le décroisement entre la médecine de ville et l'entrée dans la filière hospitalière. Nous devons faire face à un double défi. Le premier est celui de la démographie médicale, qui fait que beaucoup de nos établissements sont aujourd'hui peu attractifs, parce qu'ils ne font que très peu d'actes et peinent à recruter des professionnels. Le second est celui d'une médecine qui s'hyper-spécialise et qui nécessite des compétences toujours maintenues, grâce à une activité soutenue et des plateaux techniques de plus en plus complexes à mettre en place dans ces hôpitaux. C'est pourquoi beaucoup d'entre eux perdent en attractivité : ils ne sont plus capables d'assurer en continu les soins de qualité que nos concitoyens sont en droit d'attendre. On doit donc régler ce problème.

Dans beaucoup de ces hôpitaux, on laisse penser aux Français qu'ils sont bien soignés, alors que, nous le savons tous, le fait que les patients ne soient pas envoyés dans les centres plus expérimentés, peut parfois entraîner des pertes de chance au détriment de certains de nos concitoyens. C'est contre cela que j'entends réagir. Je souhaite assurer, par cette loi et par cette restructuration des filières de prise en charge hospitalière, une même qualité des soins partout dans notre pays. Le point d'entrée sera l'hôpital de proximité, qui assurera au patient l'accès à des spécialistes, à de la chirurgie, à des plateaux techniques. Les praticiens

qui y exerceront auront des compétences soutenues par une activité plus élevée. Telle est la philosophie.

Par ailleurs, cela permettra de rapprocher l'hôpital de la médecine de ville et de faire en sorte que ces hôpitaux soient attractifs parce que des médecins de ville pourront y exercer. J'ai donné l'exemple la semaine dernière de l'hôpital de proximité de Pont-Audemer, qui est pour moi de très bonne qualité. Des professionnels libéraux interviennent sur le plateau technique de radiologie. Cela permet d'y maintenir un scanner ou une IRM. Ils interviennent aussi dans le service de médecine, où ils peuvent continuer à suivre leurs patients.

Ce type d'établissement existe dans beaucoup de pays. Nous sommes l'un des rares pays à avoir autant cloisonné la médecine hospitalière et la médecine de ville. Dans ce contexte, l'hôpital de proximité permettra de recréer du lien. Je suis fondamentalement convaincue que c'est un service que nous allons rendre à nos concitoyens.

Monsieur Bruneel, vous avez parlé des maternités. Je rappelle qu'il n'y a plus que 530 maternités en France. Elles sont déjà, pour la majorité d'entre elles, réservées à des hôpitaux qui ont une forte activité. Le risque d'en fermer des dizaines est donc très peu élevé. En tout état de cause, ce n'est pas l'objectif. Soyons clairs : notre objectif est plutôt de recentrer ces hôpitaux sur leur forte valeur ajoutée, dans un bassin de vie donné, à savoir l'accès à un plateau technique et à des consultations avancées de spécialistes au sein de ces hôpitaux, telles que j'en ai observées à Pont-Audemer. Telle est la philosophie.

En termes de méthode, puisque beaucoup d'entre vous critiquent le recours aux ordonnances, j'ai souhaité avancer sur ce dossier pour que les missions des établissements puissent être discutées au Parlement. Ainsi, j'ai eu plusieurs réunions de concertation, depuis novembre, avec les fédérations hospitalières, les acteurs de ville et quinze hôpitaux de proximité qui souhaitent s'engager dans cette démarche et constituent un panel représentatif d'établissements qui pourraient évoluer. Nous avons travaillé ensemble sur la question de leurs missions.

Le document dont vous parlez, Monsieur Grelier, est en fait un document du groupe de travail concerné. Il ne s'agit pas de l'amendement, que j'ai déposé devant la commission.

Ainsi, j'ai tout mis en œuvre pour vous donner très rapidement de quoi travailler dans l'hémicycle sur ce sujet majeur, qui est un point angulaire de la réforme que je propose. C'est pourquoi je vous propose de retirer vos amendements. Nous avons besoin de ces hôpitaux de proximité. Grâce à eux, nous allons améliorer la qualité des soins, j'en suis absolument convaincue.

Je suis en train de mettre en place un groupe de contact avec tous les élus locaux, des représentants de l'AMF, de l'ADF et de l'ARF ainsi que des parlementaires. Je souhaiterais qu'il puisse, en permanence, discuter de l'évolution de la réforme. La place des élus locaux sera évidemment préservée dans la gouvernance.

Avant de déposer l'ordonnance, je reviendrai devant vous pour que nous ayons l'occasion d'en discuter. C'est un engagement que j'ai pris, car je souhaite réellement que ce débat sur les missions des établissements puisse avoir lieu dans l'hémicycle. C'est pourquoi je vous demande de ne pas supprimer l'article 8.

M. Paul Molac. Avec l'amendement du Gouvernement qui va nous être présenté, il n'y aura plus de chirurgie, ni d'obstétrique, dans les hôpitaux de proximité, du fait de la gradation des soins. Pour un certain nombre de nos hôpitaux, le classement en hôpital de proximité pourrait donc être synonyme de déclassement. Si c'est ce qui arrive à l'hôpital qui se trouve à côté de chez moi, et qui me tient à cœur, cela signifie qu'il faudra faire 70 ou 80 kilomètres pour se rendre à la maternité, ce qui n'est pas simple. Cela pose des questions d'aménagement du territoire.

M. Philippe Vigier. Vous nous dites, madame la ministre, que si nous supprimons cet article, nous nous priverons de la capacité de définir les missions des hôpitaux de proximité. Ce que je veux souligner, c'est que cette situation ne date pas d'hier. Vous n'êtes en fonction que depuis deux ans mais, au cours des derniers mois, nous avons plutôt assisté à des fermetures de services dans nos hôpitaux. À présent, vous dites vouloir leur confier de nouvelles missions, mais la défiance s'est installée, notamment avec les ARS, et les liens avec les professionnels de santé et les élus se sont distendus. Comment réinventer le système ? Une fois de plus, en faisant confiance aux territoires. Il faut commencer par se demander ce que l'on peut faire à l'échelle des départements et des CPTS : c'est la seule manière de restaurer un lien de confiance. Il faut aussi des plans d'investissement, car si vous confiez des missions aux hôpitaux de proximité sans leur donner de moyens financiers, ils resteront des coquilles vides.

M. Jean-Pierre Door. Nous avons entendu vos explications, madame la ministre, et nous sommes impatients de débattre de votre amendement, puisque vous semblez prête à introduire un peu de souplesse. Ce qui me semble néanmoins problématique, quand je vous écoute, c'est que vous semblez vouloir définir les missions des hôpitaux de proximité avant de savoir ce dont les territoires ont réellement besoin. Or tous les territoires sont différents. Un collègue a posé la question de la carte hospitalière et je pense effectivement que c'est une question majeure. Votre amendement introduit-il une disposition dans ce sens ? En attendant, je maintiens mon amendement.

M. Bernard Perrut. Madame la ministre, vos propos sont rassurants et répondent en partie à nos inquiétudes mais, pour autant, vous ne nous apportez pas de certitudes sur la méthode. Sur le fond, on peut partager votre analyse de la situation et convenir que des évolutions sont nécessaires. Pour avoir créé il y a trois ans, dans le Rhône, un groupement hospitalier de territoire (GHT), qui est la préfiguration de ce que vous voulez faire, je mesure l'importance du travail à accomplir et je sais comment nous pouvons réussir. La solution, c'est de maintenir des établissements sur le territoire : dans mon GHT, par exemple, l'hôpital de Tarare a conservé ses activités d'urgence, mais ce sont les chirurgiens de l'hôpital de Villefranche qui y font des consultations. Des exemples existent dont on peut s'inspirer : il faut en parler en amont, sans attendre la publication d'une liste.

Mme Caroline Fiat. Je vous ai sans doute mal comprise, madame la ministre. En effet, je n'arrive pas à imaginer que vous puissiez penser que le niveau des soignants dépend de la taille de l'hôpital dans lequel ils travaillent. On ne peut pas discriminer les soignants, selon qu'ils exercent dans un petit hôpital de proximité ou dans un grand CHU. J'ose vraiment espérer que j'ai mal compris votre propos ! Un jour, on m'a dit qu'un gynécologue qui ne faisait qu'un ou deux accouchements par jour devenait un moins bon obstétricien. Il se trouve que j'ai rencontré un gynécologue qui exerçait dans une petite maternité, qui faisait peu d'accouchements, mais qui publiait de nombreux articles et qui faisait beaucoup de recherche.

M. Joël Aviragnet. J'ai bien entendu, madame la ministre, votre souci de garantir la qualité des soins. Mais une autre question essentielle est celle de l'accès aux soins sur le territoire, et donc du déplacement. Lorsqu'on est très loin d'un grand hôpital, comment s'y rendre ? Qui va organiser les transports ? Sont-ce les collectivités territoriales ? Imaginez-vous ce que cela va signifier concrètement pour des gens qui vivent très loin d'un hôpital, parfois à 150 kilomètres ? Je songe notamment aux habitants des territoires de montagne, où la neige complique les déplacements pendant une partie de l'année. Comptez-vous créer des hélicoptères partout ?

M. Alain Bruneel. Je maintiens mon amendement de suppression, car je pense qu'il faut, avant tout chose, faire un état des lieux des territoires, qui sont en souffrance. Fermeture des urgences de nuit à Wattrelos, fermeture de la maternité de Creil, où 1 500 accouchements ont lieu chaque année, disparition du service de cardiologie dans un hôpital du Pas-de-Calais : la liste pourrait être longue ! Cette situation nous inquiète beaucoup, et c'est pourquoi nous voulons participer à l'élaboration de la carte hospitalière.

M. Jean-Carles Grelier. Il y a un temps pour contester la forme et un temps pour parler du fond. Le fond des choses, c'est que les hôpitaux de proximité seront un échelon important dans notre nouveau système de santé. Je ne crois pas qu'il faille envoyer aux professionnels de santé concernés un signal de défiance. C'est pourquoi je veux faire confiance à Mme la ministre : je retire donc mon amendement.

L'amendement AS347 est retiré de même que l'amendement AS1449.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je suis heureuse de pouvoir discuter de ces questions importantes avec vous avant que vous ne procédiez au vote. J'entends une immense inquiétude venant des territoires : peur du déclassement, d'une carte cachée, d'un système qui ne garantirait pas des soins de proximité à tous nos concitoyens. Or c'est exactement l'inverse que je veux faire.

D'abord, certaines missions sont en option, justement pour permettre à chaque hôpital de maintenir une activité qu'il jugerait indispensable, compte tenu de la distance qui le sépare de l'hôpital le plus proche : nous ne sommes pas totalement dogmatiques. Ensuite, il est évident que si un hôpital est particulièrement isolé, il ne deviendra pas un hôpital de proximité. Nous n'avons pas une carte hospitalière cachée de transformation des hôpitaux : il est évident que, si les distances l'imposent, certains hôpitaux pourront continuer à avoir une activité chirurgicale ou de maternité, même s'ils ont des difficultés de fonctionnement et peu d'activité. Nous sommes prêts à prendre en compte des critères aussi différents que l'attractivité auprès des professionnels, la capacité à maintenir une activité sécurisée sur des activités très techniques – je pense notamment à la chirurgie –, le degré d'isolement ou la taille du bassin de population. La discussion se fera au cas par cas, en fonction des besoins des territoires. Je répète que certaines missions pourront être optionnelles, comme je l'exposerai en présentant mon amendement AS1551.

Je voudrais également sécuriser, lorsque des services ferment, l'accessibilité à des soins de qualité. S'agissant des maternités, je veux prendre un engagement vis-à-vis des femmes qui voient disparaître la maternité la plus proche de chez elles, et je suis en train d'y travailler. Je veux garantir à chacune d'entre elles un transport sécurisé et une possibilité d'hébergement en hôtel hospitalier : les femmes ont besoin d'un tel engagement. Je rappelle que le maillage territorial de nos hôpitaux et de nos maternités est l'un des meilleurs du

monde. Des pays comme l'Australie et la Suède, qui doivent aussi gérer des problèmes de distance, ont imaginé des dispositifs pour sécuriser le transport des femmes. Vous imaginez combien il peut être difficile de maintenir une maternité à 30 minutes de toutes les femmes enceintes dans des pays comme ceux-là... Ils ont dû organiser les choses différemment.

Le Gouvernement n'a pas la volonté cachée de fermer des services. Lorsque j'ai pris mes fonctions, j'ai promis aux Français que nous ne fermerions aucun hôpital de proximité : ce sont précisément les mesures que je prends aujourd'hui pour transformer l'offre de soins qui me permettront de ne pas fermer les hôpitaux qui sont aujourd'hui en grande difficulté. Le problème majeur, c'est que certains d'entre eux ne sont pas attractifs pour des professionnels. Je ne mets évidemment pas en cause la qualité intrinsèque de tel ou tel professionnel, madame Fiat, mais lorsqu'une maternité fonctionne essentiellement avec des intérimaires, ou avec un obstétricien qui fait dix-sept gardes par mois, lorsqu'elle n'a pas d'anesthésiste sur place et un pédiatre un jour sur deux, l'équipe, dans son ensemble, n'assure pas la qualité des soins. Je répète que je ne mets pas en cause la qualité intrinsèque des professionnels, mais il est clair que la qualité des soins nécessite un plateau technique, un savoir-faire et une équipe qui ne sont plus toujours garantis dans certains hôpitaux.

L'amendement du Gouvernement proposera un cadre permettant de définir les missions des hôpitaux de proximité. Je répète qu'il n'y a aucune carte cachée, ni même de carte pensée. Nous allons faire un travail au cas par cas, en tenant compte des spécificités territoriales. Je suis au moins aussi engagée que vous vis-à-vis des Français : maintenir une offre de soins de qualité sur tout le territoire, c'est l'engagement que j'ai pris devant eux dès mon arrivée au ministère.

La commission rejette les amendements identiques AS144, AS934, AS1116 et AS1175.

La commission est saisie d'un amendement AS1551 du Gouvernement, qui fait l'objet des sous-amendements AS1651 et AS1652 de M. Paul-André Colombani, AS1653 de M. Joël Aviragnet, AS1646 de M. Jean-Carles Grelier et AS1641 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement vise à vous présenter les missions et les activités qu'exerceront les hôpitaux de proximité. Vous avez été nombreux à me demander que le débat parlementaire ait lieu : j'ai entendu votre demande et j'ai fait le maximum pour présenter cet amendement en commission. Nous avons travaillé et mené une concertation dans un délai assez court pour présenter une définition en dur des missions des hôpitaux de proximité, qui vont être la pierre angulaire de notre modèle, en ce qu'elles décrivent le service apporté aux patients et aux acteurs de la ville. Ce sont ces missions qui feront véritablement de ces établissements des hôpitaux de proximité, avec un vrai service rendu aux malades. L'ordonnance qui va suivre pourra donc se limiter aux questions – certes très importantes, mais qui découlent directement des missions que nous proposons ici – de gouvernance et d'organisation, sachant que le modèle de financement sera discuté dans le cadre du PLFSS pour l'année 2020.

Ces hôpitaux de proximité seront le premier niveau de la gradation des soins : ils vont donc concentrer leur offre de soins sur des activités hospitalières de premier rang, sans intervenir sur le niveau de recours, ni *a fortiori* sur le niveau de référence, vers lesquels ils devront toutefois organiser un accès lisible et efficace pour les patients et pour leur médecin traitant. Au sein d'une organisation territoriale graduée, ils apporteront aux patients le bon

soin au bon moment, selon un principe de pertinence. Dans cette mission, les hôpitaux noueront une relation réinventée avec les médecins libéraux, lesquels pourront y faire admettre leurs patients très facilement, en y poursuivant, le cas échéant, eux-mêmes la prise en charge grâce à l'exercice partagé.

Au-delà de ces missions, les hôpitaux de proximité iront plus loin, en partageant une véritable responsabilité territoriale, en complémentarité avec les acteurs de leur territoire, qu'il s'agisse des acteurs de la ville ou du secteur médico-social, sur le champ de la prévention et de la prise en charge des populations vulnérables. Il s'agit ici de responsabiliser l'ensemble de ces hôpitaux et des CPTS du territoire pour garantir à la population une palette de soins suffisante pour éviter l'éloignement, hormis pour les épisodes les plus aigus, qui doivent néanmoins s'organiser dans un parcours.

J'en viens aux activités autorisées des hôpitaux de proximité. Ils disposeront d'une autorisation de médecine, qui offre un cadre sécurisé pour toutes les hospitalisations de médecine générale et d'activité de gériatrie, notamment. Je tiens également à ce qu'ils offrent des consultations dans de nombreuses spécialités : c'est ce que j'appelle les « consultations avancées ». J'y tiens énormément, car c'est la garantie que ces patients pourront voir des spécialistes quand ils en auront besoin. Il faut que tous les patients puissent par exemple accéder à la consultation d'un cardiologue, d'un ophtalmologue ou d'un gynécologue. Parce que chaque territoire est différent et que chaque population peut avoir des besoins spécifiques, les activités des hôpitaux de proximité doivent être adaptables. Ces établissements pourront ainsi, en fonction des besoins de leur territoire, être le siège d'un service d'urgence, exercer une activité de soins de suite ou comporter un centre périnatal de proximité. Cette liste n'est pas limitative et dépendra de chaque situation.

En revanche, il me paraît essentiel que les hôpitaux de proximité se concentrent sur les missions que je viens d'énumérer, qui supposent une organisation adaptée. Il faut donc assumer que la couverture des épisodes les plus aigus soient assurés par d'autres établissements : ce sera notamment le cas avec les interventions chirurgicales, qui pourront être préparées avec les acteurs de la proximité dans le cadre de consultations de chirurgie avancées, mais qui seront réalisées par des établissements disposant de plateaux techniques plus importants. Il en ira de même pour les accouchements, mais le suivi de grossesse pourra, quant à lui, être réalisé en proximité.

Vous le comprenez, je suis vraiment attachée au déploiement de ce modèle, qui rend un service de proximité de très grande qualité, tout en assurant l'accès à des spécialités et à du recours, et qui constitue un trait d'union entre la ville et l'hôpital, en garantissant une prise en charge centrée sur les besoins de la population.

Je tiens enfin à préciser, parce que je sais que cela tient à cœur à beaucoup d'entre vous, que les hôpitaux de proximité sont bien des établissements publics, ou privés dans certains cas, puisque certains établissements privés peuvent exercer ces missions dans certains territoires. Mon ambition est de faire bénéficier un maximum de territoires des missions que remplissent ces établissements, indépendamment de leur statut juridique.

Mme Jeanine Dubié. Le sous-amendement AS1651 vise à rédiger ainsi le sixième alinéa de l'amendement du Gouvernement : « 2° *Coopèrent avec les acteurs précités pour favoriser la prise en charge des patient et leur maintien dans leur milieu de vie ;* ». Les acteurs libéraux du secteur de l'ambulatoire et du médico-social sont probablement les mieux

placés pour connaître le domicile des patients : s'il importe en effet qu'une coopération s'instaure entre les différents acteurs, il faut néanmoins éviter que l'hôpital de proximité ne se substitue aux praticiens libéraux.

Le sous-amendement AS1652 vise à faire en sorte qu'une offre locale de soins déjà existante ne soit ni ignorée, ni remplacée. Il ne faudrait pas, en effet, que les hôpitaux de proximité constituent un doublon et se superposent à une offre de qualité déjà existante. Ce qu'il faut promouvoir, c'est une concertation avec les acteurs locaux déjà présents.

M. Joël Aviragnet. Le sous-amendement AS1653 du groupe Socialistes et apparentés propose de ne pas restreindre à l'excès les missions des hôpitaux de proximité et de leur laisser une plus grande marge de manœuvre, en fonction du contexte local. J'entends vos arguments sur la qualité des soins, mais il ne faut pas négliger la question de l'éloignement : plus on éloigne une personne de l'hôpital, plus il faut engager de moyens pour permettre des déplacements. Or je peux vous assurer que les lignes de transport ne sont pas toujours financées – je songe par exemple à la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) –, alors qu'elles sont nécessaires dans les territoires ruraux.

M. Jean-Carles Grelier. Vous avez présenté, madame la ministre, une liste qui n'est pas limitative, mais qui, malgré tout, grave dans le marbre quelques activités. Il me semblerait utile et nécessaire, en fonction des situations locales et des besoins de la population, d'y inclure de la chirurgie ambulatoire – il est évident que la chirurgie conventionnelle nécessite des besoins techniques plus importants. Tel est l'objet de mon sous-amendement AS1646. Je vous ai dit, madame la ministre, que je voulais vous faire confiance, mais on a parfois besoin de preuves de confiance.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, je reconnais votre sens de l'écoute et je pense que nous avons fait, ensemble, un progrès dans la définition de ces hôpitaux de proximité. J'apprécie le lien que vous faites avec les CPTS – un élément essentiel, car c'est vraiment l'hôpital dans la ville – ainsi que l'association entre le public et le privé. Je n'ai pas très bien compris, en revanche, ce qui justifie le report de la date : est-ce pour poursuivre la concertation ? Enfin, je suis d'accord avec ce que vient de dire mon collègue Jean-Carles Grelier : il faut que le directeur de l'ARS, et lui seul, puisse accorder une dérogation pour certains actes de chirurgie ambulatoire – je songe par exemple à des opérations de la cataracte au laser.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je suis favorable à l'amendement du Gouvernement, parce qu'il répond au souhait du Parlement de débattre de ce sujet de fond et qu'il est l'aboutissement d'une série de concertations avec les acteurs concernés. Il va tout à fait dans le sens des annonces que le Président de la République a faites en septembre dernier sur ce que doit être un hôpital de proximité.

S'agissant des sous-amendements, je manque de recul, car certains d'entre eux ont été déposés tardivement et je viens juste de les découvrir. Les sous-amendements de Mme Dubié me semblent satisfaits. Celui de M. Aviragnet, en revanche, me paraît contraire à l'esprit même de ce que doit être, pour nous, un hôpital de proximité : j'y suis donc défavorable. S'agissant, enfin, des sous-amendements de MM. Grelier et Door, je comprends leur objectif, s'agissant de la chirurgie ambulatoire et de gestes qui relèvent presque de la consultation – je pense à des actes comme l'endoscopie. Je les invite néanmoins à les retirer afin que nous puissions retravailler cette question d'ici à l'examen du texte en séance.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Deux remarques, sur le fond et sur la forme.

Sur le fond, je souhaite répondre aux interrogations de MM. Door et Grelier : nous nous sommes posé la même question que vous, mais il se trouve que des actes très lourds se font aujourd'hui en chirurgie ambulatoire, qui nécessitent exactement les mêmes moyens que la chirurgie conventionnelle. Une colectomie, par exemple, pour un cancer du côlon, peut se faire en chirurgie ambulatoire. En réalité, si un accident a lieu au cours de l'opération ou s'il y a des complications, vous avez besoin du même plateau technique qu'en chirurgie conventionnelle. Il n'est donc pas judicieux de retenir cette distinction. Il faut que nous trouvions une dénomination qui englobe de petits actes chirurgicaux. Étant donné que l'endoscopie relève de la médecine, les actes tels que la fibroscopie et la gastroscopie pourraient être faits dans ces hôpitaux. Nous pouvons essayer de définir quelques actes qui pourraient être préservés, afin de rassurer les hôpitaux qui craignent de perdre une activité qu'ils sont capables d'assurer aujourd'hui : j'entends ces inquiétudes. Néanmoins, l'expression « chirurgie ambulatoire » englobe aujourd'hui de la chirurgie très lourde : en Suède, par exemple, 80 % des actes chirurgicaux sont faits en ambulatoire, alors même qu'ils peuvent entraîner des hospitalisations prolongées en réanimation. Mais je m'engage à essayer de travailler sur cette question.

Plus généralement, sur la forme, je vais avoir beaucoup de difficultés à donner un avis sur les sous-amendements, parce qu'ils ont été déposés tardivement et que nous n'avons pas eu le temps de les examiner. Je préférerais m'exprimer lors de l'examen du texte en séance.

M. Jean-Pierre Door. Puisque le rapporteur semble s'ouvrir à l'idée d'un élargissement de la liste des actes pratiqués dans les hôpitaux de proximité, je précise à nouveau que seul le directeur général de l'ARS pourrait accorder une dérogation, et en aucun cas les élus, pour certains actes de « petite chirurgie » – si nous ne voulons pas parler de chirurgie ambulatoire. Certains actes de spécialistes pourraient être faits sur place, ce qui éviterait des déplacements de 50 ou 60 kilomètres.

M. Paul Christophe. Madame la ministre, si nous n'aimons pas les ordonnances, nous n'aimons pas non plus, en général, les amendements du Gouvernement lorsqu'ils sont déposés de cette façon. Mais celui-ci a au moins le mérite d'explicitier votre pensée, puisqu'il apporte des précisions utiles. Il fera d'ailleurs tomber un certain nombre d'amendements qui visaient à introduire ces mêmes précisions. On voit bien que la vraie difficulté consistera en réalité, au-delà de l'hôpital de proximité, à déterminer ce qu'est l'activité de proximité. Nous serons très heureux de travailler avec vous, lors de l'examen du texte en séance, pour préciser encore les choses.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Pour ma part, je me félicite que l'amendement du Gouvernement puisse être examiné en commission et qu'il ne soit pas déposé au dernier moment en séance.

M. Bernard Perrut. Madame la ministre, votre amendement est en effet de nature à nous rassurer sur un certain nombre de points. Je m'interroge néanmoins sur le cadre territorial dans lequel vous comptez travailler, sachant qu'il existe déjà des hôpitaux sur tout notre territoire, et même des hôpitaux de proximité, même s'ils n'en portent pas le nom. Je crois beaucoup aux GHT, je l'ai dit, et je me demande s'ils ne constitueraient pas un bon

cadre de travail. C'est en tout cas l'une des mesures que je proposerai en séance. Je sais qu'ils ne fonctionnent pas aussi bien partout mais, là où ils fonctionnent, ils préfigurent ce que vous voulez faire.

M. Pierre Dharréville. On a le sentiment, madame la ministre, que les hôpitaux de proximité, tels que vous les envisagez, ressembleront davantage à des gares de triage des patients qu'à des établissements offrant toute la palette de soins nécessaires dans les territoires. Comme plusieurs de mes collègues, je suis inquiet de voir disparaître la chirurgie et l'obstétrique. Par ailleurs, si votre projet est d'avoir 500 hôpitaux de proximité, cela signifie que 200 à 300 hôpitaux généraux actuels pourraient entrer dans cette catégorie, ce qui pourrait impliquer, pour eux, la fermeture de certains services et une forme de déclassement, indépendamment des besoins des territoires.

Mme Monique Iborra. Madame la ministre, je ne vais pas vous parler des personnes âgées, même si elles doivent avoir leur place dans les hôpitaux de proximité, mais de la périnatalité. S'il est vrai que nos maternités sont bien distribuées sur le territoire, en revanche, nous sommes loin d'être les meilleurs, s'agissant du taux de mortalité périnatale. Or les futurs hôpitaux de proximité pourraient accueillir des centres de prévention périnatale, qui seraient très utiles aux femmes isolées dans le monde rural. Voilà une mesure qui serait à la fois utile et novatrice.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Madame la ministre, nous voulions vous remercier d'avoir présenté cet amendement en commission, car nous souhaitions effectivement être informés en amont. Votre vision de l'hôpital de proximité nous convient plutôt bien, puisque nous l'envisageons, nous aussi, comme un lieu de rencontre, comme un trait d'union entre l'hôpital, la médecine de ville et les professionnels de santé. Je vous remercie encore pour ces précisions, qui vont dans le bon sens.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Ce débat me paraissant particulièrement intéressant, il me semble dommage de maintenir des sous-amendements qui, à ce stade de la réflexion, feront l'objet d'une proposition de rejet. Leurs auteurs n'auraient-ils pas intérêt à les retirer, en attendant les nouveaux éléments que Mme la ministre pourra leur présenter en séance ? Mais n'y voyez aucune pression de ma part...

M. Jean-Pierre Door. Vous nous forcez un peu la main, madame la présidente, mais nous sommes effectivement disposés à retirer ces amendements, parce que nous faisons confiance à la ministre. Nous voulions faire passer un message et nous y reviendrons en séance, car nous tenons à ce que des dérogations puissent être accordées localement par l'ARS pour des actes de petite chirurgie.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Il va de soi que vous pourrez redéposer ces amendements en séance.

M. Jean-Carles Grelier. En ce qui me concerne, je suis prêt à retirer mon sous-amendement, mais je le redéposerai dans les mêmes termes, en attendant de voir les modifications sémantiques qui auront été proposées par le rapporteur ou par Mme la ministre.

M. Pierre Dharréville. Pour ma part, je suis prêt à déposer des sous-amendements en séance, puisque je n'en ai pas déposé en commission. (*Sourires.*) En tout état de cause, ce sujet est majeur et mérite un débat approfondi.

*Les sous-amendements AS1646 et AS1641 sont **retirés**.*

*La commission **rejette** successivement les sous-amendements AS1651, AS1652 et AS1653.*

*Puis elle **adopte** l'amendement AS1551, ce qui a pour effet de faire **tomber** les amendements AS228 de Mme Yolaine de Courson, AS838 de M. Brahim Hammouche, AS490 de Mme Élisabeth Toutut-Picard, AS840 et AS839 de M. Brahim Hammouche et AS1089 de Mme Audrey Dufeu Schubert.*

La séance est levée à vingt heures quinze.

Présences en réunion

Réunion du mercredi 13 mars 2019 à 16 heures 15

Présents. – M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Bagarry, Mme Ericka Bareigts, M. Belkhir Belhaddad, Mme Justine Benin, M. Julien Borowczyk, Mme Brigitte Bourguignon, Mme Marine Brenier, M. Paul Christophe, Mme Josiane Corneloup, M. Dominique Da Silva, M. Pierre Dharréville, M. Jean-Pierre Door, Mme Jeanine Dubié, Mme Audrey Dufeu Schubert, Mme Nathalie Elimas, Mme Catherine Fabre, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Mme Albane Gaillot, Mme Carole Grandjean, M. Jean-Carles Grelier, M. Brahim Hammouche, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Fadila Khattabi, Mme Charlotte Lecocq, Mme Monique Limon, M. Gilles Lurton, M. Sylvain Maillard, M. Thomas Mesnier, M. Bernard Perrut, Mme Michèle Peyron, M. Laurent Pietraszewski, Mme Claire Pitollat, M. Alain Ramadier, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, Mme Laëtitia Romeiro Dias, M. Aurélien Taché, M. Jean-Louis Touraine, Mme Élisabeth Toutut-Picard, Mme Isabelle Valentin, Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon, Mme Michèle de Vaucouleurs, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer, Mme Annie Vidal, Mme Corinne Vignon

Excusés. - Mme Blandine Brocard, Mme Christine Cloarec, Mme Claire Guion-Firmin, Mme Caroline Janvier, Mme Fiona Lazaar, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Nadia Ramassamy, Mme Nicole Sanquer, M. Boris Vallaud

Assistaient également à la réunion. - M. Thibault Bazin, M. Philippe Berta, Mme Émilie Bonnard, M. Sébastien Cazenove, M. Jean-François Cesarini, Mme Annie Chapelier, Mme Yolaine de Courson, M. Yves Daniel, M. Paul Molac, M. Philippe Vigier