

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

190^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du jeudi 21 mars 2019

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE

PRÉSIDENTICE DE M. HUGUES RENSON

1. Organisation et transformation du système de santé (p. 2844)

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 2844)

Après l'article 7 D (*suite*) (p. 2844)

Amendements n^{os} 894 rectifié, 1360 rectifié, 1562 rectifié

M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Article 7 (p. 2845)

Mme Justine Benin

M. Pascal Brindeau

M. Alexandre Freschi

M. Joël Aviragnet

M. Jean-Pierre Door

M. Joaquim Pueyo

M. Cyrille Isaac-Sibille

M. Bernard Perrut

M. Jean-Carles Grelier

M. Adrien Quatennens

M. Sébastien Jumel

M. Raphaël Schellenberger

M. Paul Christophe

Mme Delphine Bagarry

M. Guillaume Larrivé

Mme Agnès Buzyn, ministre

Amendements n^{os} 439, 1522, 1743, 283

Amendements n^{os} 62, 606 et 750, 1103, 1197, 63, 1570

Amendements n^{os} 124, 511, 752, 1931

Amendements n^{os} 64, 270, 900, 1875

Amendements n^{os} 792, 274

Amendements n^{os} 1768, 512

Amendements n^{os} 1450, 422, 1638, 451, 941, 181, 1879

Amendement n^o 1198

Amendements n^{os} 65, 921, 1242, 2049, 1170, 1089, 186, 256, 1949, 1375

Amendements n^{os} 68, 257, 423, 793, 868, 1007, 1476

Amendements n^{os} 1092, 1333

Amendements n^{os} 1663, 1888, 1665

Amendements n^{os} 513, 1529, 1530

Amendements n^{os} 1613 et 1614, 2030, 1778

Amendements n^{os} 255, 794, 939, 1597

Amendements n^{os} 69, 189, 797, 1434, 718, 1243

Suspension et reprise de la séance (p. 2866)

Amendements n^{os} 979, 1577

Amendements n^{os} 70, 276, 751, 906, 1335, 1457, 1876

Amendements n^{os} 425, 1041, 1595, 1818, 2001, 2024

Amendements n^{os} 629, 148, 1244

Amendements n^{os} 194, 626, 827, 913

Amendements n^{os} 428, 627, 728, 945, 72, 2050, 1815

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales

Rappel au règlement (p. 2872)

Mme Caroline Fiat

Article 7 (*suite*) (p. 2872)

Amendements n^{os} 1596, 1531

Amendements n^{os} 1532, 722

Amendements n^{os} 11, 97

Amendements n^{os} 1560 rectifié, 1816 rectifié, 2037, 1075

Amendements n^{os} 38, 125, 156, 628, 807, 911, 1199, 1200

Amendement n^o 514 et 515

Amendements n^{os} 33, 98, 1201

Amendements n^{os} 426, 713

Après l'article 7 (p. 2876)

Amendements n^{os} 672, 20, 139, 376

Amendements n^{os} 239, 763, 671 rectifié, 1427, 887, 36, 1568, 710, 1745, 1746

Amendements n^{os} 75 rectifié, 163 rectifié, 192 rectifié, 217 rectifié, 915 rectifié, 1207 rectifié, 1566 rectifié, 1711 deuxième rectification, 1006 rectifié, 1313, 22, 1569, 1001, 230, 1648

Article 7 *bis* (p. 2883)

M. François Jolivet

Amendement n^o 1107

Article 7 *ter* (p. 2883)

Amendement n^o 1813

Article 7 *quater* (p. 2884)

Amendement n^o 1600

Article 7 *quinquies* (p. 2884)
Amendements n^{os} 1358, 1601

Rappel au règlement (p. 2886)
M. Jean-Paul Lecoq

Article 7 *quinquies (suite)* (p. 2886)
Amendements n^{os} 271, 1782, 587, 839

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 2888)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. HUGUES RENSON

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures.)

1

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681, 1767, 1762).

DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

M. le président. Ce matin, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles du projet de loi, s'arrêtant à l'amendement n° 1545 rectifié, portant article additionnel après l'article 7 D.

Après l'article 7 D *(suite)*

M. le président. L'amendement n° 1545 rectifié n'étant pas défendu, nous en venons aux amendements identiques, n° 894 rectifié, 1360 rectifié et 1562 rectifié, portant eux aussi article additionnel après l'article 7 D.

L'amendement n° 894 rectifié de Mme Jeanine Dubié est défendu.

La parole est à M. Didier Martin, pour soutenir l'amendement n° 1360 rectifié.

M. Didier Martin. Il vise à affirmer et définir le principe de responsabilité populationnelle. Je souhaite que nous mettions une limite au cloisonnement sanitaire, social et médico-social. En effet, les acteurs de santé sont responsables de l'amélioration de la santé de la population d'un territoire, ce qui suppose de s'occuper des conditions de vie, de logement, d'alimentation, d'hygiène, d'éducation, de bien-être et, bien sûr, des soins de prévention parmi lesquels les vaccinations, la lutte contre les addictions et les conduites dangereuses. Il s'agit donc d'accompagner les personnes, de les soutenir, en particulier les personnes seules et vulnérables, en affirmant ce principe.

M. le président. L'amendement n° 1562 rectifié de M. Joël Aviragnet est défendu.

La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales. Je partage votre volonté de réaffirmer le principe selon lequel tous les acteurs de santé d'un territoire sont responsables de l'amélioration de la santé de la population de ce dernier – c'est le principe de responsabilité populationnelle. J'ai eu l'occasion, l'année dernière, de l'évoquer au cours de travaux menés auprès de la ministre. Avis favorable.

M. le président. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je tiens à redire que ces amendements identiques vont exactement dans le sens du projet de loi. L'idée que les acteurs de santé se sentent responsables du territoire où ils exercent et de la population dont ils ont la charge, s'organisent en conséquence pour faciliter l'accès aux soins et améliorer l'état de santé global de la population, est nouvelle. Cette notion me paraît très importante en ce qu'elle est l'esprit même de ce que nous souhaitons faire aujourd'hui. Donc avis très favorable.

M. le président. La parole est à M. Sébastien Jumel.

M. Sébastien Jumel. Je partage l'esprit et la lettre de ces amendements et mesure, en tant que président d'une conférence territoriale de santé, à quel point les acteurs, dans leur diversité, sont mobilisés, responsabilisés sur l'importance de l'amélioration de l'accès aux soins pour les habitants. Toutefois, en droit, l'exercice d'une responsabilité implique qu'une sanction puisse être prononcée au cas où ladite responsabilité n'est pas assumée comme il se doit. Dans certains territoires, les acteurs, je l'ai dit, se mobilisent : des contrats locaux de santé sont passés, des hôpitaux de proximité sont préservés, des services de proximités dédiés à l'addictologie sont développés... Or quand, à la demande de l'État, les agences régionales de santé – ARS – serrent les boulons, réduisent les moyens alloués, de qui la responsabilité est-elle engagée ? La responsabilité, en droit, je le répète, est une notion importante qui, quand elle n'est pas assumée, implique qu'on s'expose à des sanctions. Je souscris donc à ces amendements mais j'appelle votre attention sur leurs conséquences.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Un médecin ou un professionnel de santé au sens large est responsable de sa patientèle. La responsabilité médicale implique qu'il ait un devoir de moyens et non une obligation de résultats : on ne peut être sûr à 100 % qu'on va guérir le malade. Dans le même esprit, la responsabilité territoriale ou populationnelle élargit à une

communauté de soignants l'idée qu'ils doivent déployer les moyens d'améliorer l'accès aux soins et l'état de santé de leur population. Donc la notion de responsabilité est à entendre ici au sens médical du terme.

(Les amendements identiques n^{os} 894 rectifié, 1360 rectifié et 1562 rectifié sont adoptés.)

Article 7

M. le président. La parole est à Mme Justine Benin, inscrite sur l'article.

Mme Justine Benin. Madame la ministre, je ne peux que saluer votre volonté de répondre aux besoins sanitaires des territoires. La création des projets territoriaux de santé – PTS – est une petite révolution dans notre manière de penser l'organisation de la santé. Ils permettront à toutes les équipes de soins et aux établissements de réfléchir ensemble à leurs besoins et, surtout, de construire une réponse adaptée à ceux des populations. Je vous félicite, donc, de cette proposition et me réjouis que nous en discutons.

Cette mesure devra bénéficier à tous les territoires et, vous vous en doutez, je pense en particulier aux territoires d'outre-mer, comme la Guadeloupe, gravement touchés par la désertification sanitaire – vous le savez pour avoir fait le déplacement à plusieurs reprises à la suite de l'incendie du centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre-Les Abymes. Je souhaite que vous vous engagiez à ce que le cadre juridique et administratif soit adapté aux territoires d'outre-mer de façon que les PTS s'y développent autant que possible.

Je veillerai donc, pour ma part, à ce que les professionnels de santé de mon territoire disposent du suivi et de l'accompagnement nécessaires à la mise en œuvre de leur projet de santé au service de nos populations.

M. le président. La parole est à M. Pascal Brindeau.

M. Pascal Brindeau. L'article 7 fait partie du titre II qui vise à « créer un collectif de soins au service des patients et [à] mieux structurer l'offre de soins dans les territoires ». Je ne vois bien sûr personne ici pour désapprouver cet objectif. L'article prévoit la possibilité de créer des projets territoriaux de santé et permet d'éviter le fonctionnement en silos avec, chacun de son côté : la médecine de ville, la médecine hospitalière et les différents établissements médico-sociaux. Nous ne pouvons par conséquent que saluer cet objectif dont la réalisation s'appuiera en particulier sur les projets des communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS. Nous examinerons, avec les élus locaux et l'ensemble des acteurs de santé et d'offre de soins, la possibilité d'expérimenter des solutions.

Il reste que l'article 7 prévoit également que les PTS sont soumis à l'approbation du directeur de l'ARS, ce qui va à l'encontre du principe de confiance que vous voulez faire prévaloir parmi les acteurs locaux de la santé. On peut certes comprendre l'objectif de cohérence que vous poursuivez par-là, mais la validation in fine des PTS par l'ARS peut revenir à imposer aux acteurs du terrain la vision de cette dernière. Si le texte ne le prévoit pas explicitement, la pratique nous permet d'affirmer que, dans certaines situations, les ARS ont une conception par trop technocratique et comptable des choses, qui va parfois, pour ne pas dire souvent, à l'encontre des objectifs poursuivis par les acteurs locaux de santé.

M. le président. Je vous remercie, cher collègue.

M. Pascal Brindeau. C'est pourquoi je présenterai plusieurs amendements non pas pour exclure l'ARS du processus mais pour faire en sorte que la confiance placée dans les acteurs de santé soit garantie.

M. le président. Je vous rappelle que le temps de parole pour les inscrits sur l'article est de deux minutes au plus.

La parole est à M. Alexandre Freschi.

M. Alexandre Freschi. L'article 7 est une pierre angulaire du projet, nous en sommes tous d'accord. Les PTS permettront une meilleure coordination des acteurs dans les territoires et, par-là, de mieux répondre aux besoins des Français. Le déploiement des CPTS est aussi une avancée majeure pour la ruralité ; il s'agissait d'une proposition de la commission d'enquête, que j'ai eu l'honneur de présider, sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain. Ce dispositif est en outre cohérent avec le plan « ma santé 2022 ».

Néanmoins, même si je suis satisfait des possibilités d'innovation qu'il permet, je m'interroge sur plusieurs points. En effet, les médecins libéraux adhéreront d'autant plus aux PTS s'ils ne se traduisent pas par des contraintes administratives supplémentaires. Autrement dit, s'il s'agit, à terme, de renforcer l'encadrement des médecins libéraux par des procédures administratives contraignantes, s'il s'agit de favoriser in fine le monopole de quelques-uns au détriment du plus grand nombre, voire s'il s'agit de substituer des médecins à d'autres professionnels de santé, l'adhésion indispensable au succès du dispositif sera très difficile.

Encourager les initiatives des territoires, promouvoir, dans un bassin de vie, une meilleure intelligence des moyens me semble être la solution. À travers l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et l'article 7 du présent texte, cette possibilité nous est offerte. Concrètement, cela me permet d'envisager, dans mon territoire du Lot-et-Garonne, des unités mobiles de soins, rattachées à un établissement de santé et chargées ponctuellement, dans le temps et dans l'espace, de favoriser un meilleur accès aux soins.

C'est pourquoi je soutiens, avec plusieurs de nos collègues comme Éric Poulliat ou Sophie Mette, le projet Mobilicare, moyen déconcentré d'agir dans les territoires et de permettre un meilleur accès aux soins.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. L'objectif de l'article 7 est louable et nous allons le soutenir. Il nous paraît toutefois important d'insister sur la place des usagers dans les commissions ainsi que sur le rôle des élus. Cette forte demande émane des territoires. Nous défendrons donc des amendements dans ce sens. En outre, on évoque souvent le mille-feuille territorial ; aussi faut-il veiller à ne pas trop complexifier les dispositifs, faute de quoi, ensuite, plus personne ne sait à quoi ils servent : pour être efficaces, ils doivent rester simples.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Les professionnels de santé prennent conscience de leur intérêt à s'organiser dans le cadre du territoire – les plus jeunes en sont très partisans et c'est d'ailleurs ce qui constitue l'essentiel de leurs dossiers de propositions rendus il y a quelques jours.

Mais rien ne se fera, rien ne réussira si cela ne vient pas des professionnels de santé eux-mêmes. Il faut définir un périmètre des CPTS, et ce n'est pas la chose la plus facile à faire. En la matière, ce qui prime pour nous, c'est le bassin de vie.

Il ne s'agit pas d'augmenter le nombre de CPTS dans les départements pour ne plus en constituer finalement qu'une seule. Il faut éviter leur étalement qui finirait par créer des sortes de mammoth, ce qui n'est pas souhaitable.

Les PTS sont soumis à l'approbation du directeur général de l'ARS, de même que les CPTS. Si le bienfait de l'exercice coordonné dans le cadre de la territorialisation est réel et reconnu par tous les acteurs, il n'est pas possible d'obliger les professionnels à contractualiser. L'essentiel reste de leur faire confiance. Ce sera le sens de la réussite des CPTS.

M. le président. La parole est à M. Joaquim Pueyo.

M. Joaquim Pueyo. Bien que l'organisation et la coordination entre les différents services et acteurs se développent au sein de nos territoires depuis plusieurs années, nous ne pouvons qu'être favorables à toute démarche qui viserait à améliorer la cohérence et le dialogue. Autrement dit, de manière globale, nous sommes favorables à l'article 7.

Comme l'indique le texte, les projets territoriaux de santé décrivent « les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, aux soins de proximité et aux soins spécialisés, sur tout le territoire ».

Je m'interroge sur les limites du territoire concerné par un projet territorial. Je crois que nous avons plutôt intérêt à continuer de travailler au plus près des collectivités qui assument déjà la compétence en question – je pense aux communautés de communes ou aux agglomérations. J'ajoute, comme vient de le dire M. Jean-Pierre Door, que nous ne pourrions rien faire si nous n'associons pas les professionnels de santé – en tout cas ce serait très difficile. Tout le monde comprend que l'on ne peut plus exercer aujourd'hui comme il y a vingt ou trente ans. Par exemple, les professionnels de la santé veulent pouvoir travailler de façon pluridisciplinaire avec d'autres acteurs du secteur.

La question de l'échelon à laquelle le projet territorial de santé est défini doit donc être précisée. Les élus locaux peuvent observer de grandes disparités qu'il faut donc prendre en compte en travaillant au plus près des territoires. Il faut réussir à combiner une vision relativement large permettant d'englober un certain nombre de professionnels et d'acteurs, tout en conservant l'approche la plus précise possible et la plus proche du terrain.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'article 7 comporte des dispositions très ambitieuses et essentielles pour le projet de loi, qui constituent une révolution par rapport au mode d'exercice actuel de la médecine libérale. Tout cela ne marchera que si l'on respecte l'initiative de la base, l'adhésion des professionnels de santé, et que l'on se fonde sur leur volontariat.

Dans ces dispositions, il est souvent fait usage du mot « territoire », mais qu'est-ce qu'un territoire? Cela devra être précisé à l'occasion de nos débats. Si les CPTS doivent évidemment évoluer dans un cadre, elles ne doivent pas être corsetées par les ARS. Notre assemblée doit pouvoir discuter des missions et des objectifs de ces communautés territoriales. La commission a déjà adopté un amendement en ce sens, mais il me semble important que nous poursuivions ce travail.

Lorsque nous prenons connaissance des discussions conventionnelles, nous constatons parfois qu'elles ne portent que sur la permanence des soins. Or les CPTS ne doivent pas servir ce seul objectif – je pense par exemple qu'elles doivent jouer un rôle en matière de prévention.

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

M. Bernard Perrut. Les projets territoriaux de santé visent à mettre en cohérence les initiatives de tous les acteurs dans un bassin de vie. On voit l'importance que cela peut avoir en termes de décloisonnement, d'amélioration de l'accès aux soins, d'organisation de la prévention, ou de soins de proximité et de soins spécialisés. Il peut donc s'agir d'une bonne mesure.

On peut cependant s'interroger sur un article qui procède à une modification dans la gouvernance des CPTS. Leur projet de santé sera désormais soumis à l'approbation du directeur général de l'ARS. Cela ne fait-il pas courir le risque d'une nouvelle suradministration de l'État qui viendrait étouffer les initiatives locales et remettre en cause le climat de confiance et de travail qui ne peut se trouver que sur le terrain entre les professionnels?

L'impératif de coordination et de territorialisation est évidemment reconnu par nous tous, quels que soient les bancs sur lesquels nous siégeons, mais l'article 7 ne contient-il pas le risque d'ajouter une nouvelle couche au mille-feuille administratif de notre système de santé? Faisons attention à toutes les contraintes que nous pourrions introduire! Que ce carcan ne devienne pas un frein aux initiatives locales!

J'appelle aussi votre attention sur la participation aujourd'hui insuffisante des élus et des usagers au mouvement de territorialisation des politiques de santé. Les conseils territoriaux de santé n'ont pas de capacité suffisante de décision, d'impulsion ou de validation. En outre, les usagers locaux y sont assez peu représentés.

Pour l'ensemble de ces raisons, je suis convaincu qu'il est nécessaire de réécrire l'article afin d'assouplir plutôt que de rigidifier l'organisation des soins dans le territoire, dans chaque territoire de santé.

M. le président. La parole est à M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier, *Sustine firmiter et abstine fortiter* – supporte fermement, et abstiens-toi fortement: c'est la maxime des stoïciens. Je verrais d'un mauvais œil qu'elle devienne celle des CPTS créées par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dite loi Touraine.

Madame la ministre, ensemble, nous nous sommes battus ces dernières heures pour préserver autant qu'il était possible la médecine libérale. Quelles garanties pouvez-vous nous apporter qu'avec des CPTS qui dépendront de la décision des ARS et du financement par les deniers de l'État, les professionnels libéraux resteront à l'initiative, qu'ils conser-

veront toutes les marges de manœuvre dont ils ont besoin pour faire fonctionner activement les réseaux, qu'ils bénéficieront des moyens nécessaires et suffisants pour les animer, et que les financements qui leur sont consacrés seront pérennes? Ces points méritent des éclaircissements.

M. le président. La parole est à M. Adrien Quatennens.

M. Adrien Quatennens. L'objectif affiché de l'article 7 est d'améliorer la présence de l'offre de soins sur le territoire. Pourtant, peut-être par idéologie, il se focalise sur l'exercice libéral de la médecine de ville. Vous encouragez des dispositifs incitatifs pour les médecins libéraux alors que leur modèle est précisément celui de l'éclatement, de l'atomisation et de la dispersion sur le territoire. À l'inverse, nous voulons développer les hôpitaux de proximité, le conventionnement médical et les centres de santé.

Depuis déjà plusieurs décennies, la politique du bricolage des incitations a montré son échec. Vos communautés professionnelles territoriales de santé, et vos projets territoriaux de santé sous la tutelle des agences régionales de santé participent de l'accentuation du malaise des acteurs de santé et des administrations. Nous pensons que vous n'arriverez pas à rendre cohérent un secteur désordonné par nature.

Au contraire de ce que vous voulez faire, nous préconisons le développement de centres de santé employant des médecins salariés. À rebours de l'article 7, nous voulons créer un corps de médecins fonctionnaires qui, après que leurs études ont été prises en charge, devraient rendre service à l'État pendant dix ans. Cette solution nous paraît bien plus efficace que ce que vous proposez pour lutter contre les déserts médicaux.

M. le président. La parole est à M. Sébastien Jumel.

M. Sébastien Jumel. Peut-être ai-je réussi à me faire respecter dans ma région, mais j'ai l'impression que notre conférence territoriale de santé est un véritable lieu de collaboration au sein duquel les usagers ont leur place. J'ai le sentiment que l'élaboration des projets territoriaux a permis de développer des synergies et d'améliorer la réponse de santé à l'échelle d'un territoire.

Cela ne vaut qu'à condition de conserver une dimension humaine aux territoires de santé – ce point a fait l'objet d'une véritable bataille, et je peux vous annoncer que nous opposons une réelle résistance sur ce sujet. Cela ne vaut qu'à condition que les groupements hospitaliers de territoire – GHT – ne soient pas des mastodontes qui broient les villes moyennes, par exemple.

Cela ne vaut également qu'à condition que les projets territoriaux de santé, lorsqu'ils sont coélaborés par la communauté hospitalière, par les médecins, par l'ensemble des acteurs, soient pris en compte quand l'ARS établit le schéma régional d'organisation sanitaire. Car c'est bien de cela dont il s'agit.

Dans mon territoire, par exemple, nous avons un projet territorial de santé qui tient la route. L'hôpital de Saint-Valéry-en-Caux, hôpital de proximité, est préservé dans la plénitude de ses compétences, y compris dans sa capacité à développer des réponses de consultation avancée pour les habitants qui en ont besoin. Dans ce projet territorial, l'hôpital d'Eu, dans la région la plus ouvrière de France, a un SMUR, un service d'urgence, et un service de médecine.

Il est vital que ces hôpitaux de proximité ne soient pas déshabillés et transformés en EHPAD si c'est, demain, la volonté du Gouvernement.

J'ai envie de vous dire que, lorsqu'ils sont coconstruits, les projets territoriaux de santé sont une belle chose et qu'ils permettent d'améliorer la réponse en matière de soins. La question reste de savoir si, dans la définition des politiques nationales, l'État respectera les projets territoriaux de santé, et les projets médicaux partagés élaborés par les communautés hospitalières et s'il leur donnera les moyens nécessaires.

M. le président. La parole est à M. Raphaël Schellenberger.

M. Raphaël Schellenberger. Essayer d'organiser des discussions, de susciter une coopération dans les territoires, et un engagement positif de chacun pour l'amélioration de l'offre de santé, qu'elle soit libérale ou hospitalière, c'est une idée merveilleuse! Elle se heurte cependant à la question de son administration et du périmètre du territoire concerné.

Je parle de son administration parce que, on l'a vu, les ARS ont une fâcheuse tendance à vouloir utiliser ces outils comme des outils de discussion pour gérer un certain nombre de tensions, sans vouloir par ailleurs apporter des réponses. Elles supposent qu'il suffit de parler. Ce n'est pas le cas. Soyez assurée, madame la ministre, que ce n'est pas en se contentant de parler des problèmes qu'on les règle!

Il ne faudrait pas que toutes les discussions ne cherchent finalement qu'à légitimer une décision que le directeur de l'ARS prendrait seul, d'autant que le périmètre des ARS est devenu insoutenable dans nos territoires. Là où l'ARS alsacienne opérait, il y a quelque temps encore, à une échelle qui correspondait à un territoire vécu par les habitants, à une réalité géographique et une réalité de l'attente des patients en matière d'offre de soins, on trouve aujourd'hui une ARS pour le Grand Est. On a ainsi revu les territoires de démocratie sanitaire. Il y en avait quatre en Alsace qui s'articulaient de façon à peu près cohérente; on est passé à deux. Pourquoi ce choix alors même que c'est autour de ces notions de démocratie sanitaire, de relation avec les usagers, de relations entre les opérateurs que l'on pouvait construire?

Finalement, aujourd'hui, des outils puissants se trouvent entre les mains des ARS mais, alors qu'ils auraient pu être intéressants pour développer la santé dans les territoires, ils organisent la pénurie et favorisent le discours sur la fermeture des maternités. Je pense à la maternité de Thann, et à celle d'Altkirch: dans ces cas précis, on utilise des échelles territoriales trop vastes pour justifier le fait que, dans ces territoires, il ne doit pas subsister des services de proximité.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. L'intérêt des communautés professionnelles territoriales de santé, tient à l'exercice pluridisciplinaire en matière de santé. Les CPTS pourraient fonctionner comme un cercle de qualité avec des professionnels gravitant autour du patient, dans l'intérêt de ce dernier.

Cet exercice coordonné doit permettre de développer les réseaux de soins et améliorer la relation entre ville et hôpital. Pour autant les CPTS ne doivent pas devenir des objets administratifs centrés sur des objectifs trop précis. Aujourd'hui il n'existe pas de modèle de CPTS unique: il y a finalement autant de modèles qu'il y a de territoires. Il ne faut surtout pas créer un modèle à répliquer, ce qui implique de ne pas retenir une rédaction trop précise.

Il faut laisser de l'indépendance et de l'autonomie pour qu'il soit possible de travailler ensemble. La coordination et le formalisme ne doivent pas venir reprendre du temps médical utile aux professionnels, nous aurions complètement loupé notre objectif s'il en était ainsi. La CPTS doit se construire avec les acteurs du territoire, à partir d'un diagnostic de terrain laissant toute sa place aux acteurs et aux élus locaux, ainsi qu'aux patients.

M. le président. La parole est à Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Je vais dans le sens de ce que vient de dire notre collègue. L'article 7 consolide les communautés professionnelles territoriales de santé qui sont une organisation très particulière. Le projet territorial de santé est concerté par tous les acteurs locaux à partir d'un diagnostic territorial partagé. Il se construit à l'échelle du bassin de vie, le territoire le plus pertinent et le plus adapté aux besoins de la population, celui de l'appartenance commune et de l'implication dans la société. Il définit la coordination des établissements et des services de santé de tout le territoire, qu'ils soient sociaux ou médico-sociaux.

Il permet ainsi aux acteurs locaux de prendre réellement en main l'organisation et le déploiement de stratégies pour améliorer l'accès aux soins de toutes les Françaises et de tous les Français à l'endroit précis où ils vivent.

M. le président. La parole est à M. Guillaume Larrivé.

M. Guillaume Larrivé. Deux remarques, l'une pratique, l'autre juridique.

En pratique, je suis effrayé par la complication croissante de l'action administrative territoriale. C'est vrai dans le domaine de la santé, c'est vrai dans de très nombreux autres domaines, l'urbanisme, par exemple. Je suis effrayé de voir au fil des années, et je le dis après une vingtaine d'années d'expérience politico-administrative, cette manie obsessionnelle des administrations de multiplier les schémas, les contrats, les plans, lesquels doivent être les uns et les autres dans un rapport de compatibilité ou de conformité avec des validations *ex ante* ou *ex post* de je ne sais quelle administration. C'est un ancien élève de l'ENA qui vous parle...

M. Raphaël Schellenberger. Bravo !

M. Guillaume Larrivé. ...qui a sans doute, modestement, pris sa part autrefois de ce bazar administratif croissant.

M. Raphaël Schellenberger. Encore bravo !

M. Guillaume Larrivé. Mais je considère que nous avons atteint un degré de bureaucratisation de l'action territoriale qui est littéralement dément puisqu'il n'est pas compris par les acteurs de terrain.

Voilà pour la remarque pratique. Ma seconde remarque, madame la ministre, pardon, mais elle est juridique ! Sommes-nous dans le champ de l'article 34 ? Est-il besoin de solliciter le législateur pour organiser une énième couche du fardeau bureaucratique et une énième couche de la planification administrative territoriale. Franchement, j'en doute. Libérez les territoires !

Georges Pompidou, en des termes fleuris, avait dit qu'il fallait arrêter d'ennuyer les Français. J'avais cru comprendre qu'Emmanuel Macron, découvrant la lumière à la faveur du grand débat, avait lui aussi commencé à comprendre que le choc de complexification administrative que subissent les

Français méritait sans doute d'être allégé. Chiche, ai-je envie de dire, madame la ministre : cessez d'alourdir ce fardeau bureaucratique et renoncez à faire adopter ce nouvel exercice de planification !

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je veux clarifier les points qui n'ont pas semblé clairs à certains et apporter, peut-être, des éléments nécessaires à votre prise de décision.

Cet article aborde bien deux aspects. D'une part, il vise à regrouper dans un schéma général, le projet territorial de santé, tous les projets locaux de santé, tous ces contrats locaux de santé dont parlait M. Jumel, qui sont d'ores et déjà signés dans les territoires en matière de psychiatrie, de santé publique, tous ces petits schémas aujourd'hui signés entre les élus des collectivités territoriales, les professionnels de santé et l'ARS, qui vérifiera qu'il ne reste pas de zone blanche ou de sujets qui ne soient pas couverts, comme la psychiatrie ou les addictions. Il s'agira donc de vérifier la cohérence d'ensemble et de s'assurer que ce projet territorial de santé couvre totalement un territoire et tous les champs de la santé.

D'autre part, il tend à faire en sorte que les CPTS, ces regroupements créés à l'initiative des professionnels, correspondent, dans leur projet médical, au projet territorial de santé et couvrent bien, eux aussi, l'ensemble du territoire. Il s'agit donc d'un projet de santé et d'une organisation de professionnels qui travaillent ensemble pour mettre en œuvre le projet territorial de santé.

Cet article couvre bien ces deux aspects.

Je tiens à rassurer M. Grelier, nous avons bien pris en compte les inquiétudes qu'il avait exprimées en commission sur le fait que les CPTS doivent rester à l'initiative des acteurs de terrain. Nous en sommes absolument persuadés. Nous considérons toutefois que l'ARS doit conserver le droit de limiter les CPTS qui ne correspondraient pas à la définition que nous souhaitons en donner.

Pour vous en citer quelques exemples, j'ai vu émerger dans des territoires des CPTS de professionnels paramédicaux ou des CPTS de médecins spécialistes. Ce n'est pas du tout ainsi que nous les imaginons. Nous voulons que l'ensemble des professionnels d'un territoire se parlent et se coordonnent. Aussi, afin d'éviter toute mauvaise interprétation qui aboutirait à ce que les missions ne soient pas remplies, nous souhaitons que l'ARS conserve un regard sur ces CPTS. Des amendements qui seront présentés par la suite permettront de répondre à votre souhait de modifier la façon dont nous définissons cette approbation par l'ARS, afin qu'il soit clair que ces CPTS sont bien créées à l'initiative des professionnels de terrain.

Quant au financement, vous le savez, il est public et lié à des missions socles. Nous reviendrons par la suite sur l'amendement qui avait été voté en commission sur les missions. Aujourd'hui, elles sont en discussion dans le cadre de la négociation conventionnelle avec l'ensemble des professionnels de santé – et pas seulement les médecins. Je souhaiterais que cela reste dans la négociation conventionnelle. Nous risquerions autrement de bafouer cet accord réel passé entre des professionnels de santé et l'assurance maladie sur des financements ad hoc.

Madame Benin, vous avez évoqué la problématique des outre-mer. Nous prenons réellement en compte cette différenciation. Je veux vous rassurer : dès que nous pouvons mettre en œuvre des mesures d'adaptation pour les outre-mer, elles sont prises en compte et les ARS disposent également de marges de manœuvre considérables pour adapter tous ces dispositifs aux spécificités insulaires d'éloignement et autres. N'ayez aucun doute à ce sujet, tout l'objet de la loi étant justement de permettre les initiatives de terrain, la différenciation géographique et populationnelle.

Monsieur Grelier, je vous ai répondu sur les missions soles qui sont aujourd'hui négociées entre l'assurance maladie et les professionnels. Monsieur Quatennens, vous avez évoqué le fait que les CPTS relevaient de la médecine libérale. En réalité, ce n'est pas le cas, tous les acteurs du territoire sont concernés, qu'il s'agisse des médecins libéraux, des infirmières libérales, des sages-femmes libérales, des maisons de santé pluriprofessionnelles, mais aussi des structures de type centre de santé qui participent à la couverture d'un territoire, ou encore des hôpitaux de proximité dont nous parlerons dans les articles suivants. C'est bien l'ensemble de l'offre de soins, libérale ou publique, qui participe à la couverture d'un territoire qui s'organise au sein de la CPTS. Ce n'est pas réservé à la médecine libérale ; c'est une façon de mieux l'intégrer et de décloisonner, puisque l'on sait aujourd'hui le cloisonnement qui existe entre l'hôpital et la ville. Il s'agit de faire en sorte que tous les acteurs présents au sein d'un territoire travaillent ensemble, s'engagent sur une responsabilité populationnelle pour mettre en œuvre le projet territorial de santé et vérifier que l'accès à un médecin traitant, que les addictions et la santé mentale sont bien couverts. C'est vraiment tous les acteurs, pas seulement les médecins libéraux.

Vous préconisez plus de centres de santé. Je le souhaite aussi. Lorsque nous avons dit qu'il fallait doubler le nombre de structures d'exercice pluriprofessionnel, ce sont à la fois les maisons de santé pluriprofessionnelles que nous visions, là où sont les médecins libéraux, mais également les centres de santé, dotés de médecins salariés. Je n'établis aucune différence entre les deux. Je ne choisis pas un mode d'exercice plutôt qu'un autre. Je pense que toute structure d'exercice coordonné est une valeur ajoutée dans le dispositif.

Monsieur Schellenberger, j'en suis d'accord, les grandes ARS ont créé de l'éloignement. Mais nous nous attachons à redonner aux délégations territoriales des ARS plus de marge de manœuvre et de pouvoir. Nous sommes en train de modifier la façon dont elles sont organisées. Elles ont souffert de la loi NOTRe, nous en souffrons tous. Vous en souffrez dans les territoires, mais nous sommes en train de renverser la vapeur pour recréer un espace de discussion au niveau départemental par le biais des délégués territoriaux.

Monsieur Christophe, vous évoquiez l'indispensable place des élus et des patients. Leur place est dans la coconstruction des projets territoriaux de santé, dans les conseils territoriaux de santé où siègent les élus et les associations de malades. Nous allons également les ouvrir aux parlementaires. C'est l'objet de cette loi : les projets sont coconstruits et travaillés avec les acteurs de soins.

Je terminerai ma réponse par M. Larrivé. Je regrette, monsieur Larrivé, vous n'avez assisté à aucune des discussions en commission, mais c'est tout sauf de la bureaucratie...

M. Guillaume Larrivé. Je ne suis pas membre de cette commission.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Excusez-moi, mais c'est parce que vous n'y avez pas assisté, n'étant pas membre de la commission, que je vous réponds et me permets de vous dire que ce n'est pas du tout une organisation bureaucratique. C'est même tout l'inverse : ce sont des initiatives laissées totalement aux professionnels de santé des territoires.

À mon arrivée au ministère des solidarités et de la santé, je me suis engagée à ne créer aucune structure nouvelle. Vous verrez quand j'en partirai que je n'aurai créé aucune structure nouvelle. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM – M. Balanant applaudit aussi.*)

Tout ce que nous travaillons aujourd'hui sont des projets fonctionnels. Ces projets territoriaux de santé ne sont qu'un schéma territorial dans lequel on fait, au contraire, entrer toutes sortes de projets locaux, qui existent déjà, de façon à rationaliser l'ensemble. Quant aux CPTS, elles ne résultent que d'initiatives de terrain ; c'est la liberté laissée aux professionnels de terrain de s'organiser comme ils le souhaitent pour couvrir un territoire. Il n'y a là aucune bureaucratie mais, au contraire, de la liberté et de la responsabilité. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n^{os} 439, 1522 et 1743, tendant à supprimer l'article 7.

Sur les amendements identiques n^{os} 439, 1522 et 1743, je suis saisi par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n^o 439.

Mme Emmanuelle Ménard. Cet amendement de suppression est plus exactement un amendement d'appel pour alerter le Gouvernement, car les médecins généralistes sont très inquiets et l'ont largement fait savoir dans la presse.

Avec ce dispositif, vous voulez faire des fameuses CPTS, le pivot de l'organisation des soins de proximité. Madame la ministre, vous avez affirmé que cet article permet seulement à l'ARS d'avoir un regard sur ce que proposent les professionnels, qui peut les amener à évoluer lors d'une discussion. Je sais qu'en commission, à laquelle je n'ai pas pu assister puisque je n'en suis pas membre, vous avez voulu vous montrer rassurante en affirmant que la validation des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé ne viendrait pas contraindre la liberté des initiatives locales. Pourtant, les médecins libéraux continuent de montrer leurs inquiétudes, voyant dans cette mesure une nouvelle couche du mille-feuille administratif et craignant, malgré tout, de perdre une bonne part de leur souplesse, pour ne pas dire de leur liberté.

M. Guillaume Larrivé. Tout à fait !

Mme Emmanuelle Ménard. Entendons-nous bien : il ne s'agit pas de remettre en cause les CPTS qui, de l'avis général, font partie des mesures positives prises ces dernières années. Ce qui pose problème, c'est que cet article 7 prévoit que le projet territorial de santé soit soumis à l'approbation de l'ARS. Les médecins redoutent que l'État se serve de ce dispositif pour contraindre, in fine, ceux qui ne souhaitent pas forcément créer des CPTS. Or vous savez comme moi qu'à force de contraindre les territoires, au lieu d'encourager un nouveau maillage, vous risquez de l'abîmer encore davantage sans régler la question des déserts médicaux.

Madame la ministre, comment pouvez-vous rassurer les médecins qui craignent une nouvelle usine à gaz ?

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 1522.

Mme Isabelle Valentin. Cet amendement déposé par notre collègue Emmanuel Maquet vise à valoriser les professionnels de santé dans les projets territoriaux de santé, car il faut vraiment que l'ensemble des professionnels de santé soient associés et soient acteurs de ces projets. Le travail doit se faire en concertation.

De grâce, arrêtons d'alourdir le système ! Les professionnels de santé ont besoin de simplification. C'est la raison pour laquelle cet amendement vise à supprimer cet article.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1743.

M. Jean-Pierre Door. Les CPTS existent déjà : elles sont lancées partout sur le territoire, et fonctionnent. Une fédération nationale des CPTS a même été créée ; elle travaille et est actrice de ce système. Elle demande, vous demande, madame la ministre, plus de souplesse.

Cet amendement du groupe Les Républicains vise à supprimer cet article 7 pour le réécrire. Nous ne voulons pas cette forme de « suradministration » dès l'instant où tout cela passe par l'approbation des directeurs généraux des ARS. Plutôt que cette exigence, nous demandons plus de souplesse. Il est évident qu'un partenariat doit s'établir entre les représentants des CPTS et l'ARS, mais cela doit se faire sous forme de co-développement, en tant que partenaires, et non imposé par le biais d'une approbation obligatoire.

Si vous n'y revenez pas, vous n'y arriverez pas et de nombreux professionnels de santé n'intégreront pas facilement et volontairement ces CPTS. Ne les inquiétons pas et écoutez la fédération nationale, qui donne des arguments en faveur d'une plus grande souplesse dans ce développement.

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Si vous le permettez, monsieur le président, je ferai une réponse assez globale sur ces amendements ainsi que sur les quelque 170 suivants qui reviennent sur tel ou tel point de l'article 7.

Les auteurs de ces trois amendements veulent supprimer un article qui est pour moi absolument essentiel pour mettre fin à l'exercice en silo entre la ville d'une part, l'hôpital de l'autre, un article qui représente une grande part de l'esprit du plan « ma santé 2022 ». Vous n'êtes pas convaincus, mes chers collègues, de l'utilité des projets territoriaux de santé, certains ayant dit qu'ils pouvaient seulement les considérer comme un dispositif administratif supplémentaire. Or l'idée n'est pas du tout celle-ci : il s'agit de créer un outil grâce auquel ville et hôpital pourront enfin se mettre autour de la table pour travailler ensemble, dans un périmètre territorial, je le rappelle, défini par eux-mêmes – je réponds ainsi à M. Pueyo. Je dois dire qu'au cours des nombreuses auditions préliminaires à l'examen de ce texte, les professionnels de santé comme les fédérations hospitalières se sont montrés vraiment très intéressés par ce nouveau dispositif.

Le sujet de la validation des projets de santé des fameuses CPTS par les ARS, est d'importance. Je comprends les points de vue qui se sont exprimés, sachant que la procédure inquiète certains acteurs. Nous en avons longuement

débatu en commission : ils craignent que les CPTS y perdent de leur souplesse, c'est-à-dire de leur adaptabilité à chaque territoire, alors même qu'on sait bien que c'est ce qui fait leur force là où elles sont déjà en place. Comme vous, je ne souhaite pas que les CPTS soient placées sous la coupe des agences régionales de santé : il ne s'agira pas d'un régime d'autorisation, le texte prévoyant que ces dernières vérifient uniquement que les communautés professionnelles territoriales de santé couvrent bien l'ensemble du territoire et qu'il n'y a pas de zones blanches pour éviter des trous dans la raquette. Je pense qu'aucun collègue ne souhaiterait avoir ce cas dans sa circonscription ni même, en sens inverse, une superposition de CPTS. L'intervention des ARS s'effectuera de manière souple, sans prescrire de taille optimale aux communautés professionnelles territoriales de santé, lesquelles devront avant tout s'adapter aux réalités de chaque territoire. Je rappelle en outre que cette validation ne sera pas un préalable à la constitution des communautés : ce sera seulement une vérification permettant l'octroi de financement par l'ARS et par l'assurance maladie. En effet, dans la perspective de l'objectif ambitieux de 1 000 communautés professionnelles sur tout le territoire d'ici la fin du quinquennat, les négociations conventionnelles sont en cours entre professionnels de santé et l'assurance maladie pour fixer les conditions d'un exercice coordonné, et il nous semble à ce stade nécessaire de placer quelques garde-fous pour éviter que des CPTS se révèlent des coquilles vides.

Pour autant, j'ai entendu les inquiétudes exprimées en commission sur ce régime d'approbation par les agences régionales de santé, et nous avons travaillé encore le sujet depuis la semaine dernière – M. Perrut et M. Schellenberger l'ont évoqué il y a quelques minutes. C'est pourquoi je présenterai, à l'instar de M. Grelier, un amendement qui vise à rendre cette procédure moins contraignante en lui substituant un mécanisme d'approbation tacite – « silence vaut acceptation ». Cela changera complètement la philosophie de l'article initialement examiné en commission.

Pour toutes ces raisons, j'émet un avis défavorable sur ces amendements de suppression.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il convient vraiment de rassurer les médecins, mais aussi tous les autres professionnels de santé libéraux qui seront, eux aussi, amenés à participer à la CPTS : ils ne seront pas obligés de créer de CPTS ni d'en rejoindre une et pourront en définir librement le statut – celles qui ont déjà été créées ont généralement opté pour un statut associatif – ainsi que le périmètre et le mode de fonctionnement ; ils pourront aussi définir les projets de santé. Il est dès lors difficile d'y voir un outil bureaucratique ou une étatisation des soins de ville. Comment peut-on concevoir plus de souplesse que la forme associative et que l'absence d'obligation de regroupement, et ce dans le respect des cadres d'exercice existants – libéral ou en établissement de santé – ? Les CPTS s'engageront sur des missions, pas sur une logique d'organisation, et demeureront totalement à l'initiative des professionnels de santé. Je pense donc que tous peuvent être rassurés. L'amendement que présentera M. le rapporteur pour réécrire la procédure d'approbation par l'ARS rassurera définitivement les députés qui craignent encore une étatisation des structures existantes. L'avis est défavorable aux trois amendements.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 439, 1522 et 1743.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	79
Nombre de suffrages exprimés	76
Majorité absolue	39
Pour l'adoption	15
contre	61

(Les amendements identiques n^{os} 439, 1522 et 1743 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n^o 283.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il s'agit d'un amendement de cohérence, suite à la suppression en commission de la disposition du code de la santé publique qui prévoyait que les ARS contribuaient à la constitution de communautés professionnelles de santé.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

M. le président. Monsieur Isaac-Sibille?...

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je ne comprends pas pourquoi on supprimerait en commission le dernier alinéa de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique et pas, dans l'hémicycle, la phrase de l'article L. 1431-2 du même code qui y fait référence.

(L'amendement n^o 283 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n^{os} 62, 606, 750, 1103 et 1197.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n^o 62.

M. Bernard Perrut. Madame la ministre, vous avez manifesté il y a quelques instants votre souci de coconstruction. Et vous avez bien raison parce que la participation des élus et des usagers au mouvement de territorialisation des politiques de santé est aujourd'hui insuffisante puisque les conseils territoriaux de santé n'ont pas de capacité de décision, d'impulsion ni de validation et qu'en outre, les usagers et les élus locaux y sont assez peu représentés.

Aussi, afin de rapprocher des citoyens, des usagers et de leurs représentants l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé dans les territoires, il est ici proposé de renforcer la représentation et les compétences des représentants des usagers et des collectivités territoriales au sein du conseil territorial de santé, instance de démocratie sanitaire légalement reconnue où chacun devrait trouver sa place. Ces composantes, dont la représentation au sein du CTS devra être renforcée par décret, seraient ainsi plus étroitement associées à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets territoriaux de santé, renforçant par là même la démocratie sanitaire. Vous savez comme moi que la Fédération hospitalière de France est favorable à une telle évolution prenant en compte les élus et les usagers au sein de cette instance.

M. le président. Les amendements n^{os} 606 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, et 750 de M. Alain Ramadier, sont défendus.

La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n^o 1103.

Mme Josiane Corneloup. La participation des élus et des usagers au mouvement de territorialisation des politiques de santé est aujourd'hui insuffisante. Cet amendement, proposé par mon collègue Damien Abad, vise à constituer, au sein du conseil territorial de santé, « un comité territorial des élus, composé des représentants des élus des collectivités territoriales siégeant au conseil territorial de santé ». En conséquence, la suite de l'amendement est ainsi rédigée : « Le comité territorial des élus et la formation spécifique dédiée à l'expression des usagers sont consultés avant l'élaboration des projets territoriaux de santé, dans des conditions définies par décret. »

M. Sébastien Jumel. C'est déjà le cas !

M. le président. L'amendement n^o 1197 de M. Jean-Pierre Door est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je comprends tout à fait ce que vous demandez, mes chers collègues, mais vos amendements sont déjà satisfaits : les conseils territoriaux de santé sont tous pourvus d'un collègue des élus, on y a même ajouté en commission la présence de parlementaires. L'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Sébastien Jumel.

M. Sébastien Jumel. Habituellement, la droite est connectée aux territoires... Mais là je la trouve hors-sol. Je rappelle que chaque conseil territorial de santé comprend notamment un collègue représentant les usagers, un collègue représentant les élus ainsi qu'un collègue pour les acteurs de santé – où sont aussi représentés les hôpitaux, les médecins libéraux et les médecins du travail. Si votre ARS ne vous aime pas, mes chers collègues, il faut régler cela avec elle, mais la loi prévoit déjà ce que vous demandez. J'ajoute que quand les préfets sont respectueux des missions du conseil territorial de santé, ils peuvent appeler son président pour codésigner avec lui les personnalités qualifiées. C'est en tout cas ce qui s'est passé chez moi et je suppose que c'est partout pareil. Mettez-vous en colère dans votre circonscription si vous le souhaitez, mais vos amendements sont satisfaits.

(Les amendements identiques n^{os} 62, 606, 750, 1103 et 1197 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n^o 63.

M. Bernard Perrut. Il vise à garantir l'accès et la participation de l'ensemble des acteurs de santé, dont bien sûr les médecins généralistes libéraux et les associations de médecins généralistes libéraux qui exercent en cabinet ou en visite, aux communautés professionnelles territoriales de santé et à leur projet territorial de santé. On les connaît bien dans les territoires et l'on sait qu'ils méritent d'être pris en compte. J'entends parler de décroisement et de dynamique,

mais cela doit exister à tous les niveaux, notamment entre les secteurs public et privé afin de consolider l'exercice coordonné, de fluidifier le parcours des patients et d'améliorer à la fois la qualité, la sécurité et la pertinence des soins dispensés.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Monsieur Perrut, votre crainte est parfaitement infondée puisque le code de la santé publique prévoit déjà explicitement que les communautés professionnelles territoriales de santé – je vais essayer dorénavant d'éviter d'utiliser des sigles – sont constituées de tous les professionnels de santé assurant le premier comme le deuxième recours, y compris donc les médecins généralistes libéraux. L'avis est défavorable.

(L'amendement n° 63, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1570 de Mme Danielle Brulebois est défendu.

(L'amendement n° 1570, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'une nouvelle série d'amendements identiques, n°s 124, 511, 752 et 1931.

L'amendement n° 124 de M. Vincent Descoeur est défendu.

La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 511.

Mme Isabelle Valentin. Cet amendement de ma collègue Nadia Ramassamy vise à supprimer les alinéas 4 à 11 car si l'ensemble des éléments du projet de santé doivent être coordonnés à l'échelon d'un territoire de santé, cela doit se faire en concertation avec tous les acteurs et non pas à travers une nouvelle organisation administrative qui nuirait à la visibilité de l'organisation sanitaire des territoires.

M. le président. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 752.

Mme Emmanuelle Ménard. Cette nouvelle couche administrative dans l'organisation territoriale n'est pas pertinente car chaque acteur a actuellement son projet de santé qui se doit de respecter le projet régional de santé.

M. le président. L'amendement n° 1931 de M. Thibault Bazin est défendu.

(Les amendements identiques n°s 124, 511, 752 et 1931, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n°s 64, 270, 900 et 1875.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 64.

M. Bernard Perrut. Il vise à donner un rôle central au conseil territorial de santé, instance de démocratie en santé, dans l'élaboration des projets territoriaux de santé. Ces projets doivent de surcroît faire l'objet d'une évaluation et d'une périodicité clairement définie, en lien avec le diagnostic territorial partagé.

Tel est le sens de cet amendement qui rappelle l'importance du CTS. La multiplication de collectifs d'acteurs et de projets risque à l'inverse de créer de la confusion, voire une démobilité des acteurs.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 270.

Mme Isabelle Valentin. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n° 900.

M. Yannick Favennec Becot. Le conseil territorial de santé réunit les financeurs offrant des services de santé, les collectivités territoriales et les usagers. Il a vocation à devenir le parlement territorial de santé, à l'instar de ce que sont la conférence nationale de santé, au niveau national, et les conférences régionales de la santé et de l'autonomie dans les régions.

Cet amendement tend à donner un rôle capital au conseil territorial de santé, instance de démocratie en santé, dans l'élaboration des PTS. Il pourra ainsi en être l'initiateur.

Nous pensons également que ces projets devraient faire l'objet d'une évaluation et d'une périodicité nettement définie qui soient en rapport avec le diagnostic territorial partagé. Nous y reviendrons ultérieurement en défendant d'autres amendements.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Janvier, pour soutenir l'amendement n° 1875.

Mme Caroline Janvier. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez que les projets territoriaux de santé soient élaborés à l'initiative des conseils territoriaux de santé. Leur importance est en effet indéniable – pour ma part, j'assiste aussi souvent que possible aux réunions qui se tiennent dans ma circonscription.

Le PTS doit être issu du diagnostic porté par le conseil territorial de santé, qui donnera en outre un avis sur ce PTS avant sa transmission à l'ARS. Il importe toutefois, si l'on ne veut pas qu'il devienne un énième plan, une énième paperasserie administrative, qu'il reste à l'initiative des professionnels de santé. Sinon, nous aurons raté l'objectif que nous nous sommes fixé de faire travailler ensemble ville et hôpital.

J'émet donc un avis défavorable.

(Les amendements identiques n°s 64, 270, 900 et 1875, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 792 et 274, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n° 792.

Mme Josiane Corneloup. Son objet est de donner un rôle central au conseil territorial de santé dans l'élaboration des projets territoriaux de santé.

Le CTS garantit, au moyen du diagnostic territorial partagé, que le PTS fixe des objectifs en cohérence avec les besoins de la population. La multiplication des acteurs que

sont les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, les conseils départementaux et les conseils territoriaux de santé risque en effet de créer de la confusion et de décourager la mobilisation des acteurs.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 274.

Mme Bérengère Poletti. Il est défendu.

(Les amendements n° 792 et 274, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 1768 et 512, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Didier Martin, pour soutenir l'amendement n° 1768.

M. Didier Martin. Les communautés professionnelles territoriales de santé seront chargées de l'élaboration des projets territoriaux de santé, dont l'objectif est de supprimer la séparation entre médecine de ville et médecine d'établissement.

Pour représenter les établissements, il paraît préférable de faire appel aux commissions médicales d'établissement, qui sont le gage de la volonté de faire vivre la relation entre l'hôpital et l'ambulatoire.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 512.

Mme Isabelle Valentin. Il s'agit, dans le même esprit, de renforcer le rôle des commissions médicales d'établissement dans les projets territoriaux de santé.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La rédaction de l'amendement n° 1768 exclut des PTS les établissements sociaux et médico-sociaux, qui y ont pourtant toute leur place. Je saisis d'ailleurs cette occasion pour rappeler toute l'importance du secteur médico-social, dont on ne parle pas suffisamment.

L'amendement vise également à ce que le PTS soit à l'initiative des commissions médicales d'établissement, et non des établissements eux-mêmes. Or c'est l'établissement de santé qui doit être acteur de son territoire, non sa commission médicale, d'autant que cela revient à exclure les autres professions. Les PTS doivent concerner tous les professionnels, qu'ils soient médecins, dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, pharmaciens, etc.

J'émet donc un avis défavorable.

(Les amendements n° 1768 et 512, repoussés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 1450 et 422, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1450.

M. Joël Aviragnet. Afin d'organiser la multiplication des collectifs d'acteurs et de projets, cet amendement donne un rôle central au conseil territorial de santé dans l'élaboration des PTS.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 422.

Mme Bérengère Poletti. Il est défendu.

(Les amendements n° 1450 et 422, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Paul Molac, pour soutenir l'amendement n° 1638.

M. Paul Molac. Il vise à ce qu'un établissement thermal puisse intégrer un projet territorial de santé au même titre que les autres établissements associés.

Les établissements thermaux doivent avoir leur place dans les projets territoriaux de santé, car ils peuvent jouer un rôle prépondérant dans la prévention de maladies. Ils entrent dans un cadre de service médical rendu sans avoir d'effets secondaires, et sont donc d'un très grand intérêt pour la santé publique. Une part de nos concitoyens y recourent d'ailleurs régulièrement.

L'intégration des établissements thermaux dans les PTS serait d'autant plus intéressante qu'ils se situent très souvent dans des zones sous-denses et qu'ils ont un effet de structuration dans certains territoires, en particulier les territoires de montagne. Les intégrer à un exercice coordonné serait donc bénéfique, tant pour les établissements thermaux que pour les autres professionnels de santé.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez que les établissements thermaux soient inclus dans les communautés professionnelles territoriales de santé, et je comprends les raisons que vous avancez. Cependant, le rôle des établissements thermaux dans l'accès aux soins dans les territoires me paraît un peu différent, d'autant que leurs patients viennent généralement de loin.

Je ne pense donc pas qu'il faille les placer au cœur des PTS, qui relèvent d'une logique de responsabilité populationnelle, ainsi qu'il a été dit tout à l'heure. Rien n'empêchera d'ailleurs de les y inclure au cas par cas, la liste de l'alinéa 5 n'étant pas exhaustive. Je donne par conséquent un avis défavorable à cet amendement.

(L'amendement n° 1638, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 451.

Mme Isabelle Valentin. Il est défendu, monsieur le président.

(L'amendement n° 451, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 941.

M. Francis Vercamer. Il est défendu.

(L'amendement n° 941, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 181.

M. Paul Christophe. Pour que la communauté professionnelle territoriale de santé parvienne à attirer du personnel, il faut que le projet territorial de santé intègre une politique d'attractivité des professionnels de santé par les stages.

Comme vous le savez, la médecine libérale connaît actuellement un grave problème d'attractivité. Or c'est à travers les stages que mûrissent les projets professionnels des étudiants. Il est donc primordial de développer les terrains de stage en médecine de ville afin d'augmenter l'appétence des étudiants pour cette spécialité. Afin qu'ils se rendent dans les territoires, il faut également qu'ils soient mieux accompagnés pour leurs déplacements et leur hébergement.

De même que l'amendement n° 186 que nous défendrons ensuite, le présent amendement vise à ce que les acteurs de santé territoriaux puissent mettre en place, à travers les maîtres de stage, l'accueil des stagiaires au sein des CPTS.

Le projet territorial de santé a aussi vocation à favoriser la recherche sur les parcours de soins, les pratiques professionnelles, l'utilisation des produits de santé en conditions de vie réelle ou la réalisation de recherches en soins primaires. Il est important que la rédaction du texte le précise.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Cette proposition a déjà été discutée en commission. Vous souhaitez que les acteurs de santé territoriaux puissent mettre en place, à travers les maîtres de stage, un accueil de stagiaires au sein des CPTS pour des stages à orientation interprofessionnelle.

Ces communautés professionnelles ne me semblent pas suffisamment mûres pour cela. Elles doivent d'abord remplir l'objectif pour lequel elles ont été imaginées : répondre à la demande d'accès aux soins. J'émet donc un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'objectif de cet amendement, qui est d'augmenter le nombre de stages en zones sous-denses, est louable, mais il n'est pas réaliste. Les CPTS vont en effet être très nombreuses, alors que les universités sont une denrée rare dans notre pays. Je les imagine d'ailleurs mal participer aux nombreuses réunions qui auront lieu.

C'est l'ARS qui, une fois les projets définis, fera le lien avec l'université pour déterminer les zones de stage. Ce qui intéresse les universités, ce n'est pas tant de connaître l'existence d'un projet de santé mentale ou d'un projet sur les addictions que de savoir où la présence de maîtres de stage permettra d'envoyer les étudiants.

Puisqu'il reviendra à l'ARS de proposer à l'université de contractualiser à partir des éléments qu'elle apportera, je donne un avis défavorable à l'amendement.

(L'amendement n° 181 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Janvier, pour soutenir l'amendement n° 1879.

Mme Caroline Janvier. Il vise à associer davantage les représentants des collectivités à l'élaboration des CPTS.

Les maires, notamment, sont sollicités de façon pressante presque chaque jour au sujet de l'accès aux soins et du remplacement des professionnels de santé. Pour répondre à

cette demande, nous proposons de créer une instance composée d'élus locaux au niveau départemental, qui est un échelon de proximité. Cette instance serait consultée deux fois par an par le directeur général des ARS, dont la loi NOTRe a très largement accru le périmètre d'action, afin de les associer étroitement à la constitution des CPTS.

M. Gilles Lurton. C'est déjà dans le texte !

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez que les représentants des collectivités territoriales soient associés à l'élaboration et au suivi des CPTS dans le cadre d'un comité d'élus créé au niveau départemental.

Créer une nouvelle instance ne me semble pas nécessaire. La gouvernance territoriale de santé est déjà complexe. Je préférerais que l'on s'appuie sur les comités des élus au sein des conseils territoriaux de santé, qui se situent au plus près des territoires. Je donne donc un avis défavorable à l'amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous partageons l'objectif de cet amendement, qui est de rapprocher les ARS des territoires et des élus territoriaux. Nous proposons d'ailleurs un grand nombre de mesures en ce sens dans le présent texte.

Créer un nouveau comité d'élus ne semble cependant pas opportun. Le comité que vous proposez aurait pour seule fonction d'élaborer les CPTS. Or les conseils territoriaux de santé, qui regroupent des élus, des usagers et des professionnels, ont aujourd'hui une mission beaucoup plus vaste : ils participent aussi à l'élaboration d'un projet territorial de santé, en réalisant par exemple un diagnostic territorial sur la santé mentale, les addictions ou les personnes âgées.

Un comité dont la seule mission serait de s'occuper des CPTS ne me semble pas la bonne solution. Nous vous proposerons, à travers des amendements qui vous seront présentés tout à l'heure, d'autres moyens de resserrer les liens entre élus et ARS. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

M. le président. Maintenez-vous l'amendement, madame Janvier ?

Mme Caroline Janvier. Je le retire, monsieur le président.

(L'amendement n° 1879 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 1198, 65 et 921, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 65 et 921 sont identiques.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1198.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

M. le président. Nous en venons aux deux amendements identiques, n°s 65 et 921.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 65.

M. Bernard Perrut. Tout projet territorial de santé élaboré par une CPTS doit bien évidemment décrire les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé.

Or on constate que les patients peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins, particulièrement lorsqu'il s'agit de soins non programmés. Ces derniers peuvent être à l'origine d'une désorganisation des cabinets médicaux, mais également d'un engorgement des urgences.

Aussi, il apparaît important – tel est le but de cet amendement – que le projet territorial de santé puisse organiser l'accès aux soins non programmés en prenant en compte les spécificités de chaque territoire.

Par ailleurs, cet amendement a également trait au dépistage : la politique de dépistage doit pouvoir être inscrite dans le projet territorial de santé.

Je prends un exemple qui est d'actualité, puisque la campagne « Mars Bleu 2019 » est organisée en ce moment sur l'ensemble du territoire national, dans les hôpitaux comme dans les communes : le dépistage du cancer colorectal, qui reste bien en deçà des objectifs européens dans notre pays.

Les CPTS doivent être en mesure, dans le cadre d'un projet territorial de santé, d'organiser une politique de dépistage sur le territoire concerné afin de répondre beaucoup mieux qu'aujourd'hui aux besoins de la population. C'est également le but de cet amendement. Je vous sais particulièrement attentive à ce sujet, madame la ministre.

M. le président. La parole est à M. Bertrand Bouyx, pour soutenir l'amendement n° 921.

M. Bertrand Bouyx. Je vais abonder dans le sens de mon collègue : madame la ministre, il s'agit simplement d'apporter une précision au projet territorial.

Comme cela a été dit, dépister n'est pas soigner, même si dépister peut, dans certains cas, constituer un préalable : il est à mon sens important de mettre ce point en exergue.

Il est aussi important de faire figurer l'organisation des soins non programmés dans ce projet territorial, afin de tenir compte des spécificités et de viser une meilleure organisation, ainsi qu'une meilleure articulation des CPTS les unes par rapport aux autres, même s'il est vrai que l'on pourrait s'en tenir à cette simple notion de soins de proximité.

Améliorer la visibilité du dépistage et des soins non programmés donnerait en outre plus de profondeur au projet.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Les soins non programmés constituent un enjeu tout à fait essentiel à mes yeux.

Pour autant, chers collègues, j'estime que vos amendements sont d'ores et déjà satisfaits, car le dépistage est compris dans la prévention, comme les soins non programmés le sont dans l'accès aux soins.

Tout est donc déjà mentionné dans l'article. L'avis de la commission est par conséquent défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je tiens évidemment à rassurer l'ensemble des députés : il est bien écrit à l'alinéa 10 que « Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention [...] ». »

Par conséquent, les dépistages sont inclus : je vous rappelle qu'ils font partie de la prévention secondaire.

En l'occurrence, prévention veut bien dire prévention primaire, c'est-à-dire les bons comportements en matière de santé, et prévention secondaire, c'est-à-dire tous les dépistages, y compris les dépistages organisés, qui en font donc partie.

Concernant l'accès à des soins non programmés, il est bien écrit que le projet territorial de santé « [...] décrit les modalités d'organisation et d'amélioration de la permanence et de la continuité des soins [...] » et « présente les propositions relatives à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et confrontées à des inégalités de santé [...] ». »

En réalité donc, la rédaction de cet alinéa est très large et couvre précisément toutes les préoccupations qui remontent depuis plusieurs jours de nos débats.

Nous avons volontairement laissé cette rédaction extrêmement ouverte à toutes les problématiques spécifiques que l'on peut trouver sur les territoires.

C'est la raison pour laquelle je vous propose de retirer ces amendements : à défaut, le Gouvernement y serait défavorable.

M. le président. La parole est à M. Sébastien Jumel.

M. Sébastien Jumel. Vous savez à quel point je combats le Gouvernement sur nombre de sujets. Je vous rassure, je vais continuer.

M. Gilles Lurton. Ça, ce n'est pas gentil. *(Sourires.)*

M. Sébastien Jumel. Ceci étant dit, je ne comprends pas ces amendements qui sont autant de vérités de La Palice : demain, s'il ne pleut pas, il fera peut-être beau ; les contrats locaux de santé traiteront de la prévention ; au sein des PTS, on va développer des plans de dépistage.

Il est dans la nature même des PTS et des contrats locaux de santé de traiter de ces questions : ces amendements de bonne conscience sont donc autant de vérités de La Palice.

Vous pourriez en revanche interroger avec nous le Gouvernement – c'est ce que je veux faire à l'instant – sur ce que l'on fait une fois que l'on a établi un diagnostic territorial de santé, une fois que l'on a établi un PTS et une fois que l'on s'est fixé un objectif en matière de prévention, de lutte contre les conduites addictives et de développement des dépistages.

Je vis pour ce qui me concerne dans un territoire dans lequel tous les critères sont au rouge : maladies professionnelles, cancers, grossesses précoces.

M. Jean-Pierre Door. C'est vrai.

M. Sébastien Jumel. Quels moyens budgétaires et médicaux nous donne-t-on et quel soutien propose-t-on aux acteurs locaux pour y faire face ? Ça, c'est un débat qui m'intéresse !

Si nous ne l'abordons pas, nous débattons d'une loi et d'amendements de bonne conscience – je le dis avec beaucoup de respect, pardonnez-moi si je m'enflamme un peu. Je pense que vous êtes animés de bonnes intentions; mais si on peut réécrire la bible, je ne suis pas sûr que cela suffise pour qu'elle devienne réalité.

Pour cela, il faut se donner les moyens d'une politique publique de santé; or c'est ce qui manque cruellement à ce projet de loi.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Hier, mon ami Paul Christophe a défendu des amendements relatifs à la répartition des moyens en fonction de la situation sanitaire des territoires.

M. Jumel a bien évidemment raison: ce n'est pas d'une déclaration d'intention dont nous avons besoin, mais de moyens qui nous permettraient, dans les territoires, de faire face à la situation sanitaire dramatique de certains d'entre eux.

Car si elle est terrible en Normandie...

M. Sébastien Jumel. C'est vrai.

M. Francis Vercamer. ...je peux vous dire qu'elle l'est tout autant dans le Nord-Pas-de-Calais: dans certains territoires, l'espérance de vie est inférieure de quatre ou cinq ans à la moyenne nationale et le taux de mortalité supérieur de 30 % à la moyenne nationale.

Il y a donc de vrais sujets de préoccupation auxquels ce texte n'apporte pas de réponse.

Nous ne sommes pas opposés à tout ce qui est proposé par le Gouvernement, mais il manque toute une partie relative à la prévention et à l'action sur le terrain. La répartition des crédits doit s'opérer en fonction de la situation sanitaire des territoires.

Vous avez évoqué hier le Fonds d'intervention régional: si je rapporte ses crédits au nombre d'habitants, le Nord arrive dernier!

M. Sébastien Jumel. Eh oui!

M. Francis Vercamer. Dernier, alors que la situation y est une des plus dramatiques de France! Certes, l'enveloppe est importante, mais il s'agit d'un département de 2,5 millions d'habitants, dans lequel les taux de morbidité sont extrêmement importants.

Il existe donc un hiatus entre les moyens accordés et la situation sanitaire.

M. Sébastien Jumel. C'est le seul sujet!

M. le président. La parole est à Mme Ericka Bareigts.

Mme Ericka Bareigts. Je vais faire plaisir à mon camarade Sébastien Jumel en rajoutant tout à l'heure un amendement à la liste en question.

L'intervention très pertinente de notre collègue me donne l'occasion de revenir sur un sujet important.

Madame la ministre, je vous prie tout d'abord de m'excuser, car je suis arrivée un peu en retard pour participer à la discussion sur les outre-mer.

Je reviens néanmoins sur les éléments que j'ai abordés au cours de la discussion générale.

D'accord, on fait des CPTS, en mettant tout ce monde autour d'un projet de santé sur des territoires qui sont ce qu'ils sont – chacun détermine leurs spécificités – et en laissant aux professionnels une réelle liberté.

Il reste que dans certains territoires, ces professionnels n'existent pas ou très peu.

Comment donc mobiliser des professionnels, en plus de leur activité quotidienne, en vue de leur faire assurer des missions de coordination – qui ont vocation à les aider dans cette activité – compte tenu de ce que sont les densités médicales dans ces territoires?

Prenons l'exemple des médecins généralistes: on en comptait 81 pour 100 000 habitants à Mayotte. Autant dire qu'il est impossible de former des CPTS.

Je ne parle même pas de la psychiatrie ou du secteur médico-social...

N'y a-t-il pas en amont, dans certains territoires, un effort de rattrapage à faire pour que ceux qui ne se situent pas dans la moyenne nationale en matière de densité médicale puissent l'atteindre, et pour que les CPTS y soient de vraies CPTS, ou au moins des ébauches de CPTS qui en valent la peine?

M. Sébastien Jumel. Très bien! C'est cela, le sujet!

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist. La région Centre-Val de Loire, qui est l'une des régions où la démographie médicale est la plus faible, compte déjà plus de dix CPTS organisées, ce qui témoigne d'un certain dynamisme de ce territoire.

Les professionnels y trouvent en effet un intérêt.

Mme Ericka Bareigts. Le problème, c'est la densité!

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cette discussion, qui est effectivement importante et centrale, peut se résumer à une question: en quoi une organisation innovante des soins de proximité va-t-elle contribuer à réduire les inégalités de santé et à favoriser l'accès aux soins? Et peut-elle suffire au-delà des moyens? C'est en somme la question que vous posez. L'un n'empêche pas l'autre, même si les moyens sont importants.

Je répondrai de la même façon à M. Vercamer. Historiquement, le FIR n'est pas égalitaire.

M. Francis Vercamer. Ah!

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est le fruit de l'histoire. Nous sommes donc en train de faire de la péréquation en vue d'augmenter les dotations dans les zones dans lesquelles elles sont historiquement trop basses par habitant – car vous avez raison de les ramener au montant par habitant.

Nous sommes en train de modifier les financements correspondants dans les régions.

Outre-mer, le FIR est historiquement important, justement en vue de réduire les inégalités de santé; c'est moins vrai dans les régions métropolitaines.

Nous sommes en train de travailler.

Au-delà du FIR, de nombreux financements sont par ailleurs dédiés à la prévention.

Lors de l'examen du dernier projet de loi de financement de la Sécurité sociale, vous avez voté une augmentation très importante des budgets dédiés à la prévention, notamment grâce au Fonds national de lutte contre le tabac, qui a été élargi aux addictions et qui va désormais être doté de 100 millions d'euros.

C'est considérable, et nous l'avons considérablement augmenté. Nous avons donc enclenché aujourd'hui une dynamique en faveur de la prévention.

Toutes les mesures en faveur de la prévention, en faveur des dépistages, par exemple, nécessitent cependant des organisations territoriales afin d'être mises en œuvre.

Or les professionnels de santé se trouvent aujourd'hui trop isolés sur le terrain.

C'est exactement à cette situation que nous répondons en mettant en place une organisation qui va constituer le levier d'action dans les territoires.

L'un ne va donc pas sans l'autre. Aujourd'hui, nous nous trouvons démunis lorsqu'il s'agit d'atteindre les gens dans ce que l'on appelle le dernier kilomètre, celui qui permet de mener une vraie politique de santé.

M. Sébastien Jumel. Manquent les moyens !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Tous ces projets territoriaux de santé et ces organisations, ces CPTS, permettent justement d'enclencher la dynamique territoriale au plus près des gens : c'est cela qui, au-delà des moyens, nous manquait jusqu'à présent.

Les moyens ne vont pas sans les organisations, de la même façon que les organisations ne sont sans les moyens : c'est ce que nous faisons aujourd'hui, mesdames et messieurs les députés ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

(*L'amendement n° 1198 n'est pas adopté.*)

M. le président. Monsieur Bouyx, retirez-vous l'amendement n° 921 ?

M. Bertrand Bouyx. Oui, monsieur le président.

(*L'amendement n° 921 est retiré.*)

(*L'amendement n° 65 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert, pour soutenir l'amendement n° 1242.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Les amendements dont nous venons de débattre sont extrêmement intéressants, puisqu'ils nous ont permis d'aborder les moyens alloués aux projets territoriaux de santé.

Celui que je défends vise à accorder la priorité à certains d'entre eux en fonction des indicateurs de santé de chaque territoire.

Dans le mien, la mortalité évitable, précoce et prématurée est par exemple supérieure de 50 % à la moyenne nationale.

Il me semblait donc important d'intégrer ces indicateurs de santé dans les priorités données à ces projets territoriaux.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous parlez des indicateurs de santé, or cette notion reste assez floue. Pour le coup, c'est plutôt le diagnostic de santé du territoire établi par le conseil territorial de santé qui est à suivre.

La commission est donc défavorable à cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je propose à son auteur de retirer cet amendement. À défaut, le Gouvernement y serait défavorable.

M. le président. Madame Dufeu Schubert, retirez-vous au maintenez-vous l'amendement ?

Mme Audrey Dufeu Schubert. J'entends les arguments du rapporteur relatifs au diagnostic de santé du projet territorial.

Les indicateurs de santé sont en revanche ceux utilisés par les ARS. Par conséquent, il me semblait important, pour respecter un parallélisme, de les utiliser dans le cadre des PTS.

(*L'amendement n° 1242 n'est pas adopté.*)

M. le président. Sur l'amendement n° 2049 à venir, je suis saisi par le groupe de la Gauche démocrate et républicaine d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme la ministre, pour soutenir cet amendement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'objet de cet amendement est de supprimer la mention de la permanence des soins, qui avait été ajoutée par la commission parmi les objets du projet territorial de santé.

La commission des affaires sociales avait en effet souhaité faire mention, au titre des objets couverts par le projet territorial de santé, de l'organisation, de la continuité et de la permanence des soins. Cet ajout reflète bien évidemment l'inquiétude de la commission quant aux difficultés que connaissent certains patients pour accéder à un médecin dans certains territoires, notamment aux horaires de la permanence des soins.

Dans un souci de clarté et de sécurité juridique, j'ai souhaité ajuster la rédaction issue des travaux de la commission des affaires sociales. En effet, à la différence du projet régional de santé, le projet territorial de santé ne constitue pas un document de planification ; c'est un outil qui vise à permettre aux acteurs locaux de se coordonner pour améliorer l'accès aux soins, la coordination des parcours de santé et la continuité des soins. Le Gouvernement préfère donc que l'on utilise le terme d'« amélioration » plutôt que celui d'« organisation », s'agissant de la continuité des soins.

D'autre part, la permanence des soins dispose déjà d'un cadre d'organisation et de planification, avec les cahiers des charges régionaux et le volet dédié du schéma régional de santé – SRS. Le Gouvernement souhaite supprimer la référence à la permanence des soins comme objet du projet territorial de santé afin d'éviter l'insécurité juridique qui pourrait naître d'une articulation incertaine entre ces différents documents, dont certains, notamment le cahier des charges régional et le schéma régional de santé, ont une

valeur opposable. Il me semble que la notion de continuité des soins est suffisante pour permettre au projet territorial de santé d'articuler les actions des acteurs de santé, par exemple en matière de prise en charge des soins non programmés.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Favorable.

M. le président. La parole est à M. Sébastien Jumel.

M. Sébastien Jumel. J'ai dit – je crois que c'était ce matin – que la majorité avait des pudeurs de gazelle (*Mouvements et sourires sur les bancs du groupe FI*) lorsqu'il s'agissait d'envisager des mesures d'incitation, voire de coercition, afin que, dans le cadre d'une politique publique, on s'assure de la présence de médecins dans les territoires où ils sont actuellement absents. Or là, madame la ministre, ce n'est plus de la pudeur de gazelle, c'est du renoncement ! Le peu de contrainte que l'on avait introduit pour que soit établie une permanence des soins, dans un document dont vous dites vous-même qu'il n'est pas contraignant, puisqu'il n'a pas de portée normative, vous le supprimez ! Du coup, de quoi cause-t-on ?

Le sujet numéro un dans nos territoires, c'est de savoir si demain, grâce à ce texte, on couvrira les zones blanches, c'est de faire en sorte qu'il n'y ait pas une médecine à plusieurs vitesses, qu'il n'y ait pas une médecine pour les riches et une médecine pour les autres. Or le seul élément qui permettait d'indiquer une direction pour la mobilisation des acteurs, vous le supprimez ! Ce n'est pas un texte pour les patients ou pour les habitants, c'est un texte pour les médecins – et il aurait fallu le présenter ainsi. Ce n'est pas acceptable !

J'ai beaucoup de respect pour les médecins, je travaille au quotidien avec eux, mais je sens depuis plusieurs heures que leur lobbying, la défense de leur pré carré, l'emporte sur l'intérêt des habitants. Or nous autres parlementaires avons vocation à additionner les intérêts des médecins avec ceux des habitants, des usagers, des patients.

Si vous retirez du texte la mention de cet objectif, vous renoncez à corriger les inégalités sociales et les inégalités territoriales ; bien au contraire, vous gravez l'injustice dans le marbre. Si telle est votre manière de tenir compte des réalités territoriales, je pronostique pour les habitants des quartiers fragiles et des zones rurales les plus éloignées, qui se sentent abandonnés par la République, des lendemains encore plus difficiles.

M. le président. La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. Je voudrais moi aussi faire part de mon inquiétude. Il se trouve qu'hier, le centre hospitalier de Condom, dont les urgences sont en balance depuis un an et demi – nous essayons de nous battre pour les conserver –, a reçu un courriel de l'ARS, qui, après avoir souligné les difficultés de recrutement des médecins urgentistes, mentionnait la nécessité de « faire évoluer l'organisation de la prise en charge des urgences au centre hospitalier de Condom en fonction des évolutions réglementaires en préparation au niveau national ». S'il n'est plus fait mention de la permanence des soins, c'est la porte ouverte à une réorganisation, avec la disparition des services d'urgence, même si l'on conserve les soins non programmés. Je l'avoue, cet amendement m'inquiète fortement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. La commission des affaires sociales a en effet indiqué qu'il était important que soit arrêtée entre l'ensemble des praticiens d'un secteur une feuille de route en vue d'assurer la permanence des soins, et cela avec deux objectifs. Le premier est de satisfaire la population, avec des médecins accessibles de façon permanente. Le deuxième est de désengorger les urgences hospitalières, où, faute de trouver un médecin de garde, la plupart des patients se rendent, même pour des actions qui ne requièrent pas le plateau technique de l'hôpital. On voit, année après année, augmenter dans des proportions très inquiétantes l'attente dans les urgences hospitalières du fait de la présence de malades qui devraient être reçus dans des gardes médicales.

L'amendement adopté par la commission était très modéré, puisqu'il ne visait à imposer à aucun médecin libéral des gardes ; il tendait simplement à ce que l'ensemble des médecins se mettent d'accord entre eux sur une organisation afin qu'il y ait chaque jour quelqu'un de garde. Revenir sur cette avancée pénaliserait les populations des territoires, ainsi que les hôpitaux.

M. le président. La parole est à Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. Je ne voudrais pas laisser dire que l'on supprime toute référence à la permanence des soins. En effet, l'alinéa 15 indique : « Les compétences de la communauté professionnelle territoriale de santé s'exercent sur les champs relatifs à la continuité et à la permanence des soins ainsi qu'à l'organisation des soins non programmés ». On décline ensuite plus précisément de quoi il s'agit.

Cela signifie que l'on passe d'un projet à une déclinaison sur le terrain, donc à une plus grande effectivité.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je remercie Mme Vidal pour son explication. Malheureusement, le Gouvernement va demander la suppression de cet alinéa 15.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Monsieur Jumel, s'agissant de la permanence des soins, tout est déjà cadré, et cela à deux niveaux. À l'échelon régional, il y a le schéma régional d'organisation des soins, arrêté par l'agence régionale de santé ; à l'échelon départemental, il y a le cadre départemental des établissements organisant la permanence des soins ambulatoires, établi en collaboration, je crois, avec les SAMU, qui sont basés dans les établissements.

L'amendement que nous propose le Gouvernement est un amendement sinon rédactionnel, du moins de clarification. (*Mme la ministre approuve.*) Son objectif, que nous partageons, est de s'assurer que partout sur le territoire national, quel que soit le code postal – je suis, tout comme vous, monsieur Jumel, l'élu d'un territoire rural –, la continuité des soins sera parfaitement mise en place, grâce à une entente entre les acteurs.

M. Sébastien Jumel. C'est de l'enfumage !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Normalement, la continuité des soins, c'est de huit heures à vingt heures. Or on a de plus en plus de difficulté à trouver des cabinets ouverts de huit heures à vingt heures. Selon moi, la question est déjà traitée à plusieurs niveaux. Là, il s'agit de l'organisation locale de la continuité des soins du quotidien.

M. Jean-Paul Lecoq. Ça ne veut rien dire !

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Soyons clairs : l'enjeu n'est pas de savoir si nous sommes pour ou contre la permanence des soins ; nous sommes tous favorables à la permanence des soins dans les territoires.

M. Sébastien Jumel. Pourquoi ne pas l'écrire, dans ce cas ?

M. Jean-Paul Lecoq. D'autant que la permanence des soins, elle n'existe plus !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Aujourd'hui, dans le cadre de la négociation conventionnelle, la question est traitée au titre des communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS – et de leur financement.

D'autre part, il existe un cadre juridique opposable constitué, d'une part, par le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires, d'autre part, par le schéma régional de santé, pour ce qui concerne la permanence des soins en établissement de santé. Ces deux documents sont opposables aux professionnels.

Ce qu'on vous demande, à travers cet amendement, c'est une sécurisation juridique. En effet, vous voulez créer un autre document dans lequel apparaîtrait de nouveau le principe de la permanence des soins, potentiellement mis en œuvre à travers une autre organisation. En conséquence, on ne saurait plus à quel cadre juridique se référer. (*Exclamations sur les bancs du groupe GDR.*) Cela aboutirait à une dispersion des documents encadrant la permanence des soins. Or le projet territorial de santé émane des professionnels, n'est pas opposable et risque d'entrer en concurrence avec d'autres documents qui, eux, sont opposables.

L'amendement du Gouvernement ne vise donc pas à supprimer le principe de la permanence des soins, il tend à sécuriser juridiquement les cadres opposables aux professionnels de santé. Tel est l'enjeu du vote à venir.

M. le président. Monsieur Jumel, vous souhaitez ajouter un dernier mot ?

M. Sébastien Jumel. Oui, car c'est un sujet extrêmement important, monsieur le président.

D'abord, qui peut le plus peut le moins : si l'on peut établir la permanence des soins à l'échelle du schéma régional d'organisation des soins, on doit pouvoir le faire à l'échelle des PTS, des territoires de santé et des CPTS. Votre argument ne tient pas !

Ensuite, vous avez dit tout à l'heure que les PTS devaient être conformes aux SRS. Qu'est-ce qui vous chagrine si l'on inscrit la permanence des soins dans ce cadre-là aussi ? Votre argumentation est une argumentation technocratique, superfétatoire et qui cache un loup.

Prenons l'exemple de Dieppe. On y a créé une maison médicale de garde. Il a fallu convaincre les toubibs d'assurer les gardes. C'était d'ailleurs une injonction de l'ARS pour faire en sorte que les urgences soient désengorgées et déchargées de ce qu'on appelle parfois la « bobologie ». Or certains toubibs ont refusé de prendre leur tour de garde, tandis que d'autres ont refusé de mettre en place le tiers payant – alors qu'aux urgences, on trouve souvent les publics les plus précaires. Eh bien, si l'obligation de la permanence des soins était inscrite à l'échelle d'un CPTS ou d'un PTS, on donnerait aux élus et aux acteurs de proximité des outils juridiques contraignants, qui imposeraient aux acteurs de

trouver un accord pour assurer la permanence des soins. Il semble que vous ne vouliez pas de cela. Je ne comprends pas pourquoi, si effectivement vous êtes d'accord avec l'objectif et que vous partagez notre opinion concernant l'impérieuse nécessité d'améliorer les choses. Il faut imposer cette obligation tout au long de la chaîne, du haut jusqu'à la vie quotidienne dans les territoires. À défaut, votre texte serait contre-productif : au pire, il aggraverait les inégalités territoriales – surtout si vous continuez à fermer les maternités et les hôpitaux de proximité ; au mieux, il ne réglerait rien du tout.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door. Je précise que ce sera la dernière intervention sur cet amendement.

M. Jean-Pierre Door. Je voudrais dire à M. Jumel que des choses existent sur le terrain. On ne peut pas dire que rien n'a été fait.

M. Sébastien Jumel. Je le sais bien !

M. Jean-Pierre Door. Je vous transmettrai, ce soir ou demain, le rapport de la mission d'information parlementaire sur la permanence des soins ambulatoires qui a été rédigé sous la dernière législature. Vous verrez : c'est un excellent rapport.

M. Sébastien Jumel et M. Jean-Paul Lecoq. Il faudra nous le dédicacer ! (*Sourires.*)

M. Jean-Pierre Door. Ce qui existe déjà sur le terrain, ce sont par exemple les CODAMUPS, les comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Vous pouvez en faire partie et aller chez le préfet une ou deux fois par an pour organiser la permanence des soins.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Exact !

M. Jean-Pierre Door. C'est en effet là que se règlent, entre les professionnels de santé, les transporteurs sanitaires, les pharmaciens et les dentistes, les questions liées à celle-ci.

Vous avez mentionné les maisons médicales de garde. Elles se sont multipliées partout en France. Peut-être avez-vous eu du mal à créer la vôtre ; pour ce qui me concerne, cela a été très facile à mettre en place, avec une quarantaine de médecins qui viennent assurer les gardes quotidiennement, y compris le week-end.

M. Jean-Paul Lecoq. Quarante médecins ! Cela fait longtemps qu'on n'a pas vu ça, nous !

M. Jean-Pierre Door. Ce dont il s'agit ici, c'est en fait de la continuité des soins, qui doit faire partie des négociations conventionnelles, avec des indemnités à prévoir. Vous le savez : chaque ARS détermine un budget consacré à la permanence des soins afin d'indemniser les praticiens qui y contribuent.

Il existe aussi des associations locales, qui organisent la permanence des soins avec des médecins dits « effecteurs », qui sont mobiles et se déplacent en voiture. Il en existe dans les Pays-de-la-Loire, en Nouvelle-Aquitaine et dans d'autres régions encore.

M. Jean-Paul Lecoq. Il y en a aussi au Havre.

M. Jean-Pierre Door. En effet ! Il y a donc des choses qui existent.

M. Sébastien Jumel. Merci, monsieur Door, pour ce cours en accéléré !

M. Jean-Pierre Door. Monsieur Jumel, qu'il n'y ait pas de malentendu entre nous : pour ma part, je suis pour la continuité des soins partout où c'est obligatoire. Le problème, c'est que vous avez dit qu'il n'y avait rien.

M. Sébastien Jumel. Non, je n'ai pas dit cela !

M. Jean-Pierre Door. Je voulais donc rectifier le tir.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 2049. *(Il est procédé au scrutin.)*

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	85
Nombre de suffrages exprimés	78
Majorité absolue	40
Pour l'adoption	60
contre	18

(L'amendement n° 2049 est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Didier Martin, pour soutenir l'amendement n° 1170.

M. Didier Martin. Défendu.

(L'amendement n° 1170, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1089 est retiré, monsieur Cubertafon ?

M. Jean-Pierre Cubertafon. Oui, monsieur le président.

(L'amendement n° 1089 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 186.

M. Paul Christophe. Défendu.

(L'amendement n° 186, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 256.

M. Gilles Lurton. Retiré.

(L'amendement n° 256 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Claire Pitollat, pour soutenir l'amendement n° 1949.

Mme Claire Pitollat. Cet amendement, issu d'une réunion tenue dans le cadre du grand débat national, vise à inscrire dans la loi que le projet territorial de santé doit prendre en compte « l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes à mobilité réduite ». Cet accès est encore trop difficile aujourd'hui, que cela concerne l'accès physique ou la communication.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Sagesse.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable. *(« Ah ! » sur divers bancs.)*

(L'amendement n° 1949 est adopté.) (Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.)

M. le président. La parole est à Mme Pascale Boyer, pour soutenir l'amendement n° 1375.

Mme Pascale Boyer. Cet amendement vise à revoir l'organisation territoriale des soins de santé mentale, actuellement assurée à l'échelle du département.

L'hospitalisation sous contrainte, par exemple, est départementalisée. Dans certains territoires ruraux, notamment de montagne, comme dans mon département des Hautes-Alpes, il n'existe qu'un hôpital psychiatrique, en l'occurrence situé au sud du département. Les départements de la Drôme et des Alpes-de-Haute-Provence étant limitrophes, les habitants sont obligés de parcourir des dizaines de kilomètres pour être pris en charge, alors que l'hôpital est à quelques kilomètres de leur domicile. Cela pose des problèmes d'éloignement pour cette prise en charge, avec des conséquences difficiles pour les patients et leurs familles.

Aussi, madame la ministre, nous souhaitons que ces soins soient organisés à l'échelle des bassins de vie plutôt qu'à celle du département.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez, madame Boyer, que les secteurs en psychiatrie soient déterminés à l'échelle des projets territoriaux de santé. La commission des affaires sociales s'est penchée sur ce sujet important, sur lequel Martine Wonner a rendu un rapport très intéressant il y a quelques semaines.

Le projet territorial de santé inclura évidemment la psychiatrie ; aux termes de l'alinéa 6, il tient d'ailleurs compte « du projet territorial de santé mentale ». En revanche, je ne pense pas que le projet territorial de santé ait vocation à déterminer les secteurs de psychiatrie : c'est là une question éminemment complexe et sensible. La territorialisation psychiatrique a été revue par la loi de modernisation du système de santé en 2016. Il me semble préférable de laisser cette loi produire ses effets. Avis défavorable.

(L'amendement n° 1375, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n°s 68, 257, 423, 793, 868, 1007 et 1476.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 68.

M. Bernard Perrut. Il s'agit de préciser que « le projet territorial de santé a pour durée celle du diagnostic territorial partagé auquel il est rattaché. »

Les projets territoriaux de santé, on le sait, doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une périodicité clairement établie, en lien avec le diagnostic territorial partagé. Il faut en effet s'assurer que leurs objectifs sont définis sur la base de ce diagnostic, et qu'ils répondent bien aux besoins de la population.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 257.

M. Gilles Lurton. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 423.

Mme Bérengère Poletti. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n° 793.

Mme Josiane Corneloup. Défendu également.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 868.

M. Francis Vercamer. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 1007.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1476.

M. Joël Aviragnet. Défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Le sujet a été débattu en commission. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n° 68, 257, 423, 793, 868, 1007 et 1476, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 1092 et 1333.

La parole est à M. Jean-Pierre Cubertafon, pour soutenir l'amendement n° 1092.

M. Jean-Pierre Cubertafon. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Manuëla Kéclard-Mondésir, pour soutenir l'amendement n° 1333.

Mme Manuëla Kéclard-Mondésir. Le présent amendement vise à mobiliser les communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS – pour faciliter l'intégration des nouveaux praticiens au réseau professionnel du territoire.

Si les CPTS ont pour vocation première d'assurer la coordination entre les professionnels de santé sur un même territoire, elles sont plutôt, aujourd'hui, des coquilles vides, dépourvues de missions précises. Dans un contexte de pénurie médicale, nous proposons donc d'en faire des outils qui faciliteraient l'accueil de nouveaux médecins au niveau des bassins de vie. Cette mission serait un préalable à une meilleure coordination des acteurs, donc à une meilleure prise en charge des patients.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements identiques ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous avons évoqué ce sujet en commission, notamment à travers un amendement, adopté contre mon avis, sur l'inscription dans la loi de missions socles, alors même que les négociations conventionnelles sont en cours. Comme j'avais eu l'occasion de le dire,

je crois au dialogue social. Dès lors que ces négociations sont en cours pour définir les missions socles, il ne me semble pas opportun d'inscrire quoi que ce soit sur le sujet dans la loi. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Sébastien Jumel.

M. Sébastien Jumel. Nous avons des marcheurs à géométrie variable ! C'est bien la première fois qu'ils tiennent compte d'un dialogue social non abouti. Sur tous les sujets, vous vous êtes assis sur l'avis des acteurs : je ne reviendrai pas sur la loi travail, ni sur la réforme ferroviaire, ni même sur l'âge de départ à la retraite – que vous vous apprêtez avec courage, madame la ministre, à repousser. Là, pour le coup, vous vous asseyez sur l'avis des partenaires sociaux ! Et parce que, dites-vous, les négociations sont en cours sur les CPTS, le législateur ne pourrait prendre aucune décision à leur sujet !

Vous multipliez pourtant les ordonnances sur tous les thèmes, méprisant au passage le Parlement dans sa capacité à faire son boulot, c'est-à-dire la loi. On a vraiment, je le répète, des marcheurs à géométrie variable. Lorsque la loi a vocation à protéger le plus faible, elle est toujours en trop ; lorsqu'elle sert le plus fort, on la met en mouvement !

Pour toutes ces raisons, je soutiens cet amendement intelligent du groupe communiste.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. J'ai eu l'occasion de le dire en commission, les négociations sont en cours et il me semble qu'elles peuvent aboutir, qu'il s'agisse de la définition des missions socles des communautés professionnelles territoriales de santé ou de l'installation des assistants médicaux.

Tout à l'heure, monsieur Jumel, vous plaidez pour des lois moins bavardes et qui évitent les lalalissades. Pour le coup, vous souhaitez écrire que l'organisation de moments conviviaux, comme il est écrit dans l'exposé sommaire, fait partie des missions socles des CPTS.

M. Sébastien Jumel. Pas du tout !

Mme Marietta Karamanli. Ce n'est pas ce qu'il a dit !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Tout cela ne me semble pas du niveau de la loi. Je maintiens donc mon avis défavorable.

(Les amendements identiques n° 1092 et 1333 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 1663 et 1888.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1663.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à définir le principe de responsabilité populationnelle. Ce principe, largement répandu dans les systèmes de santé les plus performants, lie les intervenants du réseau de la santé et les services sociaux sur chaque territoire, afin qu'ils travaillent ensemble à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, avec leurs partenaires des autres secteurs d'activité.

Nous souhaitons inscrire cette responsabilité collective dans le marbre de la loi.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 1888.

M. Jean-Louis Touraine. Je reviens ici sur le principe fondamental de responsabilité populationnelle, qu'il importe de définir dans le cadre de ce projet de loi.

Concrètement, il signifie que les acteurs de santé d'un territoire sont responsables, non seulement de la qualité de la prise en charge individuelle des patients, mais aussi de la santé des populations d'un même territoire, en rendant accessibles un ensemble de services sociaux et de santé pertinents et coordonnés, et même en agissant, en amont, sur les déterminants de la santé. Cela implique d'opérer les décloisonnements opportuns entre tous les services concernés dans un territoire donné.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements identiques ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Ils sont satisfaits par l'adoption, tout à l'heure, de l'amendement n° 1562 rectifié, qui était d'ailleurs présenté par votre groupe et par d'autres, monsieur Aviragnet. Je suggère donc le retrait.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Retiré.

(L'amendement n° 1663 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Retiré également.

(L'amendement n° 1888 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1665.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à intégrer au projet territorial de santé un volet relatif à la pratique d'activités physiques. Celles-ci, on le sait, sont essentielles et constituent même une réponse efficace à certaines pathologies. Il me semble donc utile de mettre l'accent sur cet aspect, pour différentes catégories de population sur les territoires.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Cet amendement, me semble-t-il, avait été défendu en commission par Belkhir Belhaddad, et peut-être aussi par vous-même, monsieur Aviragnet. Mme la ministre avait dit à quel point son ministère, avec celui des sports, avance sur la question des maisons sport-santé. Je suis toutefois défavorable à l'idée de les mentionner dans les projets territoriaux de santé, d'abord parce qu'elles n'existent pas encore réellement. Évitions aussi les listes à la Prévert.

Aux termes du projet de loi, les projets territoriaux de santé doivent expressément tenir compte des populations précaires et des soins programmés. Certains voudraient compléter la liste, mais l'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Comme le suggérait M. Jumel tout à l'heure, évitons une liste à la Prévert pour les projets territoriaux de santé. Le chapeau est très large : il inclut la prévention, laquelle est à la fois primaire et secondaire. L'activité physique, en prévention primaire ou, sous une forme adaptée, en prévention secondaire, figure bien sous ce chapeau. Je vous propose d'arrêter l'énumération de tout ce qui devrait figurer dans les PTS. Avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. Je suis allé voir l'expérience assez extraordinaire menée par la ville de Strasbourg, pourtant fort éloignée du Havre. La réponse proposée reposait sur la prescription, non de médicaments, mais d'heures de sport, en lien avec les milieux sportifs de la ville et avec l'ensemble des acteurs, notamment municipaux, du territoire.

J'ai fait la même chose dans ma ville de Gonfreville-l'Orcher, près du Havre, et l'ARS m'a accompagné, notamment par une petite aide financière, dans cette démarche.

Mais il nous faut progresser dans ce domaine. Dans notre pays, la sécurité sociale ne rembourse pas les actes destinés à éviter aux gens d'être malades ; est seul pris en charge le fait de les soigner lorsqu'ils le sont, alors que l'on aurait pu s'en passer. Pour une multitude de maladies, la solution est sportive, non médicamenteuse. Lorsque cette solution permet de soigner, elle doit être traitée de la même manière que l'approche médicamenteuse. C'est sur ce point que notre système de santé devrait progresser.

Puisque des expériences ont été menées et qu'elles ont prouvé leur efficacité, inscrivons-en le principe dans la loi.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Je suis très attaché au sport-santé, mais s'il s'agit que la sécurité sociale prenne en charge tous les sports pour des personnes qui ne seraient atteintes d'aucune pathologie,...

M. Jean-Paul Lecoq. Sur ordonnance !

M. Gilles Lurton. Soit, mais faisons attention, car cela pourrait aller très loin.

M. Jean-Paul Lecoq. Il suffit de mettre fin aux exonérations...

M. Gilles Lurton. En tout cas, je suis prêt à examiner toutes les propositions en ce sens.

En ce qui concerne les maisons sport-santé, je l'ai dit en commission, Mme Flessel était venue devant les commissions des affaires sociales et des affaires culturelles au début du quinquennat pour nous annoncer à grand renfort de publicité leur ouverture toute proche ; je suis heureux, madame la ministre, de voir que vous avez repris les négociations avec votre collègue des sports, car j'ai bien l'impression que le projet était tombé aux oubliettes.

M. Sébastien Jumel. C'est vrai !

M. le président. Nous entendons normalement deux orateurs par amendement, mais nous en entendrons deux de plus sur l'amendement en discussion, puisque M. Aviragnet souhaite reprendre la parole.

La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Je veux bien qu'il faille éviter les inventaires à la Prévert, mais, dans les territoires ruraux où les médecins manquent, la pression et l'attention à cette carence sont telles qu'il est nécessaire de valoriser particulièrement les mesures de prévention. Peut-être leur mention sera-t-elle plus à sa place ailleurs, mais si je vous engage aussi fortement à développer les pratiques sportives, madame la ministre, c'est parce que ce n'est pas la première chose qui vient à l'esprit.

M. Sébastien Jumel. C'est juste !

Mme Sereine Mauborgne. Bravo !

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Je voudrais simplement témoigner d'une expérimentation qui a eu lieu chez moi : la pratique de l'escrime par des femmes traitées pour un cancer du sein. Ses résultats sont tout à fait remarquables. Je soutiens donc les avancées dans ce domaine. Je sais que certaines complémentaires participent à la prise en charge de licences sportives et de suivi des patients dans ce cadre, mais il serait intéressant de progresser aussi au niveau national.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Puisque le sujet tient à cœur à nombre d'entre vous, je veux vous répondre sur le fond après l'avoir fait tout à l'heure sur la forme.

Certains exposant leur expérience personnelle, je vais me permettre de faire état de la mienne. Lorsque j'étais à l'Institut national du cancer, j'ai favorisé et financé dans des proportions considérables l'activité physique adaptée pour les patients atteints de cancer en prévention tertiaire ; lorsque j'étais présidente de la Haute Autorité de santé, j'ai fait réaliser des travaux portant spécifiquement sur les indications et l'intérêt de l'activité physique adaptée dans le cadre des pathologies chroniques prises en charge en ALD ainsi que sur les modalités de prescription dans ce contexte.

M. Jean-Paul Lecoq. Et maintenant que vous êtes ministre, qu'allez-vous faire ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est donc un sujet qui me tient tout à fait à cœur à moi aussi.

Je ne suis pas sûre, toutefois, que la sécurité sociale remboursera ces actes à tous les citoyens français, car cela pourrait nous emmener très loin – à ce compte-là, on remboursera bientôt les fruits et les légumes...

M. Jean-Paul Lecoq. Ça pourrait être intéressant aussi !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous devons rester raisonnables.

En revanche, lors du comité interministériel de la santé qui se tiendra lundi autour du Premier ministre, je ferai des annonces concernant l'activité physique, que je réserve à ce cadre.

M. Jean-Paul Lecoq. Vous pourriez faire des scoops à l'Assemblée nationale aussi...

Mme Agnès Buzyn, ministre. Enfin, monsieur Lurton, je vous confirme que je travaille avec Roxana Maracineanu, ministre des sports, à l'évolution des maisons sport-santé qui étaient prévues dans le programme du Président de la

République. Nous étudions la manière de les faire vivre dans les territoires de sorte qu'elles soient accessibles aux patients sur ordonnance.

M. Jean-Paul Lecoq. Et remboursées ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Tout cela est en cours, conformément à l'engagement du Président de la République, de la ministre des sports et de moi-même.

M. Jean-Paul Lecoq. Est-ce que ce sera pris en charge par la sécurité sociale ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Quant au fond, nous sommes donc tous d'accord. Mais, sur la forme, la disposition n'a pas lieu de figurer dans le projet territorial de santé.

(L'amendement n° 1665 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 513 et 1529.

La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 513.

Mme Isabelle Valentin. Il vise, par la suppression de l'alinéa 11, à redonner de la souplesse au développement des communautés professionnelles territoriales de santé.

Il faut permettre aux professionnels de déterminer librement le périmètre de ces communautés ainsi que le projet de santé qu'ils souhaitent y mettre en œuvre. De ce point de vue, la tutelle de l'ARS pourrait être un obstacle au succès de la réforme et risquerait de conduire à une hyperadministration.

M. le président. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1529.

M. Pascal Brindeau. Il s'agit de soustraire les projets territoriaux de santé à l'avis discrétionnaire du directeur général de l'ARS. Il est inimaginable, en effet, que les directions territoriales des ARS ne soient pas associées à la construction de ces projets, ne serait-ce que pour veiller à la cohérence entre ces derniers et le projet régional de santé. Une approbation discrétionnaire à la fin du processus, cela signifie davantage d'administration : on fait toute la place à la technostructure alors que l'on n'en a pas besoin.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous déplorez, mes chers collègues, que les futurs projets territoriaux de santé soient approuvés par les ARS, mais cela me semble nécessaire pour permettre à ces projets de prendre de l'ampleur tout en en garantissant la cohérence géographique et le développement dans l'ensemble du territoire. Rassurez-vous, cependant : le but est bien de laisser toute la souplesse possible aux acteurs.

Avis défavorable.

(Les amendements identiques n°s 513 et 1529, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1530.

M. Pascal Brindeau. Il s'agit d'un amendement de repli qui tend à remplacer l'approbation finale du directeur général de l'ARS par un avis, afin de donner davantage de souplesse au dispositif – puisque le rapporteur parle de souplesse.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je veux à nouveau vous rassurer : il ne s'agit pas ici d'un régime d'autorisation comparable à celui qui s'applique aux CPTS, simplement de vérifier que les objectifs des projets territoriaux de santé sont conformes aux projets régionaux et de s'assurer qu'il n'y a dans le territoire concerné ni vide ni, au contraire, superposition. Je le répète, l'approbation est nécessaire pour garantir un développement cohérent des projets territoriaux de santé, surtout si l'on veut que ces derniers prennent de l'ampleur.

Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Ces avis défavorables contredisent ce que le rapporteur a expliqué à propos de l'amendement précédent – que le dispositif serait souple, que le projet ne serait pas bridé, qu'il s'agissait simplement de vérifier sa cohérence. Mais une approbation, c'est un avis conforme : si l'ARS n'est pas d'accord, le projet ne peut pas voir le jour. Il n'en irait pas de même s'il s'agissait d'un avis simple, dût-il être négatif. C'est une question de décentralisation : le territoire doit être libre de faire ce qu'il souhaite. C'est bien ce que disait le rapporteur immédiatement auparavant.

(L'amendement n° 1530 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n° 1613, 1614 et 2030, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Sylvia Pinel, pour soutenir l'amendement n° 1613.

Mme Sylvia Pinel. Je soutiendrai en même temps l'amendement n° 1614.

Ces amendements visent à améliorer la démocratie sanitaire en faisant valider les projets territoriaux de santé par un collège incluant l'ARS, les représentants des soignants issus des unions régionales de professionnels de santé, des différentes professions de santé représentées dans les CPTS, les représentants des usagers et les élus du territoire concerné.

En l'état actuel du texte, seul le directeur général de l'ARS valide les projets territoriaux de santé qui donneront lieu à un exercice coordonné. Si nous comprenons bien la nécessité d'inclure l'ARS dans le processus permettant de valider le financement des projets, il faut aussi y intégrer autant que possible les personnes intéressées, puisque de tels projets supposent la coopération de tous les acteurs qui sont en prise avec les réalités du terrain et les besoins du territoire.

M. le président. La parole est à M. Joachim Son-Forget, pour soutenir l'amendement n° 2030.

M. Joachim Son-Forget. Il propose de substituer à la décision du seul directeur général de l'ARS l'avis d'un collège tripartite incluant en outre des représentants des professionnels de santé, par l'intermédiaire des unions régionales de professionnels de santé, et des représentants des patients tels que France Assos Santé.

Si l'on veut bénéficier de solides retours d'expérience venus du terrain, il faut des décisions collégiales impliquant l'ensemble des acteurs. Vous savez comme moi que les soignants déplorent la considérable montée en puissance de l'administration en matière de soins. Nous devons revenir à l'essentiel : la puissance des soignants et des soignés. À l'hôpital, depuis la loi Hôpital, patients, santé, territoires, les directeurs d'hôpital ne sont pas des soignants et les commissions médicales d'établissement ont, au mieux, des pouvoirs consultatifs. Adressons un message positif aux soignants et aux soignés : c'est important.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Ils sont satisfaits, puisque le projet sera soumis au conseil territorial de santé, dont je rappelle qu'il comporte un collège de professionnels et pourvoyeurs de services de santé, un collège d'usagers et associations d'usagers, un collège des collectivités territoriales ou de leurs groupements appartenant au territoire de démocratie sanitaire concerné, des parlementaires – nous avons ajouté cette mention en commission –, enfin un collège de représentants de l'État et des organismes de sécurité sociale.

J'en demande donc le retrait ; à défaut, avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Joachim Son-Forget.

M. Joachim Son-Forget. Si nous avons les mêmes intentions, monsieur le rapporteur, en quoi est-ce un problème de le rappeler ici, éventuellement en sous-amendant l'un des amendements ?

(Les amendements n° 1613, 1614 et 2030, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n° 1778.

Mme Ericka Bareigts. Nous en avons parlé en commission ; j'y reviens ici parce que le sujet est important. Nous proposons d'intégrer au projet territorial de santé le projet régional d'accès à la prévention et aux soins, le PRAPS, qui planifie et régule l'offre destinée aux personnes en situation de précarité. Si, comme le disait tout à l'heure le rapporteur, on a tendance à oublier le médico-social, que dire de l'offre médico-sociale spécifique dont il s'agit ici ? Il faut donc tenir compte dans le projet territorial de la situation des personnes malades en situation de précarité.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies – PRAPS – fait d'ores et déjà partie du projet régional de santé. Celui-ci figurant dans le présent article, il est inutile d'y mentionner le PRAPS. Le même raisonnement s'applique au schéma régional de santé, qui est inclus dans le projet régional de santé.

Je suis donc enclin à vous proposer de retirer l'amendement, chère collègue, d'autant que la précarité est désormais expressément mentionnée dans le texte du présent article,

grâce à l'adoption en commission de l'un de vos amendements, contre mon avis – il faut savoir faire contre mauvaise fortune bon cœur!

M. Joël Aviragnet. La frustration, cela existe! (*Sourires.*)

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je suggère le retrait de l'amendement et émets à défaut un avis défavorable.

(L'amendement n° 1778, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n° 255, 794, 939 et 1597.

La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 255.

Mme Geneviève Levy. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n° 794.

Mme Josiane Corneloup. Le conseil territorial de santé – CTS – garantit la représentativité de tous les acteurs du système de santé à l'échelle d'un territoire. Il est le garant de la fixation d'objectifs cohérents avec les besoins de la population dans le projet territorial de santé – PTS.

Le présent amendement vise à faire en sorte que le conseil territorial de santé évalue les projets territoriaux de santé et en présente le bilan dans le cadre de la conférence régionale de santé.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 939.

M. Francis Vercamer. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1597.

M. Joël Aviragnet. Défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous avons abordé le sujet lors de l'examen du texte en commission. Ces amendements proposent que le conseil territorial de santé évalue les projets territoriaux de santé et présente leur bilan à la conférence régionale de santé.

Depuis l'examen du texte en commission, nous avons eu l'occasion de travailler – notamment avec les membres du groupe Libertés et territoires, qui avaient soulevé la question – à une rédaction du texte un peu plus souple en la matière.

Celle-ci est de nature à répondre à votre question et fera l'objet d'un amendement présenté ultérieurement. Dans cette attente, j'émets un avis défavorable.

(Les amendements identiques n° 255, 794, 939 et 1597, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de six amendements, n° 69, 189, 797, 1434, 718 et 1243, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 69, 189, 797 et 1434 sont identiques.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 69.

M. Bernard Perrut. Il propose que la décision d'approbation du projet territorial de santé par le directeur général de l'agence régionale de santé soit prise sur avis conforme du conseil territorial de santé compétent. À cet effet, nous proposons de modifier l'alinéa 11, en substituant aux mots « après avis » les mots « sur avis conforme », ce qui n'est pas la même chose.

Il convient de renforcer le rôle du conseil territorial de santé, qui doit être une instance locale de démocratie sanitaire, représentative et écoutée, et de garantir la cohérence des projets territoriaux de santé ainsi que l'adhésion des acteurs de santé à ceux-ci.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 189.

M. Paul Christophe. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n° 797.

Mme Josiane Corneloup. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1434.

Mme Caroline Fiat. Ces dernières années, les agences régionales de santé ont centralisé toujours plus de pouvoir. Elles sont devenues des appareils technocratiques, incapables de mener une politique de santé en accord avec les besoins de la population et des acteurs de la santé.

La démocratie sanitaire est quasi-inexistante. Les conseils territoriaux de santé, instance locale de démocratie locale, ont bien peu de pouvoir.

Constitués d'élus, de représentants des établissements de santé ainsi que d'associations et, plus généralement, de nombreux acteurs de terrain du secteur de la santé, ceux-ci s'expriment au sujet des politiques de santé à mener localement, donc des projets territoriaux de santé.

Toutefois, leur avis est insuffisamment pris en compte. Ainsi, le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider, de son propre chef, de s'opposer à leurs demandes.

Notre amendement entend renverser cette façon de prendre des décisions pour mettre progressivement la démocratie au cœur de nos politiques locales de santé. Nous proposons que les décisions d'approbation du directeur général de l'ARS soient prises sur avis conforme du conseil territorial de santé compétent.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 718.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Madame la ministre, vous avez fait part de votre souhait de ne pas créer de nouvelles structures, ce qui est une très bonne chose.

Demeure la question de savoir s'il est opportun de donner plus de poids à celles qui existent, notamment le conseil territorial de santé, qui est une structure intéressante rassemblant tous les partenaires concernés. Il serait donc intéressant de prévoir son avis favorable sur le projet territorial de santé.

M. le président. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert, pour soutenir l'amendement n° 1243.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Chers collègues, vous souhaitez que l'avis émis par les conseils territoriaux de santé soit conforme. Il me semble qu'une telle disposition va à l'encontre même de la philosophie des projets territoriaux de santé.

En effet, elle aurait pour effet de dessaisir complètement les acteurs du territoire, donc les professionnels de santé, de la définition du projet territorial de santé, lequel doit demeurer à leur initiative.

L'idée est bien d'aboutir à un dispositif souple, à un outil et non une contrainte. Nous avons eu l'occasion de l'indiquer en commission : laissons aux acteurs de terrain leur liberté d'initiative ! Ne décourageons pas les initiatives prises sur le territoire ! Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. J'ai du mal à comprendre l'intérêt que peuvent présenter les conseils territoriaux de santé si, en fin de compte, leurs réflexions et leurs décisions ne sont pas entendues par le directeur de l'ARS et si celui-ci peut faire tout le contraire de ce qu'ils ont décidé. C'est un peu dur à entendre !

Ce que nous demandons, c'est que le directeur général de l'ARS ne puisse pas prendre une décision contraire à celle arrêtée collégialement par le CTS.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Le PTS requiert donc l'avis conforme – car l'approbation est un avis conforme – du directeur général de l'ARS, mais un simple avis consultatif du CTS.

M. Jean-Carles Grelier. Rien à voir !

M. Francis Vercamer. Il me semble que nous faisons le contraire de ce qu'il faudrait faire. Il faut laisser l'initiative aux territoires, nous dit-on, mais on exige l'avis conforme de l'État – autrement dit, il est indispensable qu'il conserve la main ; en revanche, ce n'est pas très grave si l'avis du conseil territorial de santé sur le PTS n'est pas conforme...

Je pense que nous faisons là exactement le contraire de ce qu'il faut faire. Nous maintenons donc notre amendement.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Madame Fiat, le conseil territorial de santé est d'ores et déjà à l'initiative s'agissant de l'élaboration du PTS, car celle-ci repose sur le diagnostic de santé du territoire qu'il a posé. Afin d'élaborer leur projet territorial de santé, les professionnels doivent se baser sur ce diagnostic. Le CTS pose donc les bases sur lesquelles le projet territorial de santé est rédigé.

Si nous prévoyons en sus que celui-ci émette un avis conforme, cela dessaisira complètement de leur travail les professionnels de santé. Il en résulterait une organisation bien plus lourde du point de vue administratif.

Nous perdrons toute la souplesse voulue pour le projet territorial de santé, lequel doit véritablement être l'outil permettant de réunir les professionnels de santé – qu'ils

exercent en médecine de ville ou à l'hôpital ou bien dans le secteur médico-social, j'en profite pour le rappeler – afin qu'ils travaillent ensemble. Ces amendements me semblent donc contraires à la philosophie du texte.

(Les amendements identiques n^{os} 69, 189, 797 et 1434 ne sont pas adoptés.)

(Les amendements n^{os} 718 et 1243, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-sept heures vingt-cinq, est reprise à dix-sept heures trente-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

La parole est à M. Vincent Thiébaud, pour soutenir l'amendement n^o 979.

M. Vincent Thiébaud. Aujourd'hui, l'ARS valide le projet territorial de santé, mais ne le porte pas et n'accompagne pas son déploiement à l'échelle du territoire. Or, nous avons besoin que l'ARS coordonne les projets territoriaux de santé. Cet amendement de Mme Yolaine de Courson vise à renforcer le rôle de l'ARS comme facilitateur et comme porteur de projet.

Vous me répondrez sans doute, monsieur le rapporteur, que cet amendement est satisfait, et que les ARS sont déjà chargées de ces missions. Mais nous constatons qu'elles ne font pas toujours leur travail en la matière. Il nous semble donc important d'inscrire ces missions dans la loi.

En outre, la Cour des comptes vient de publier un excellent rapport relatif à l'accès aux services publics dans les territoires ruraux. Ce travail montre bien combien il est important que l'ARS s'enrichisse de données venues notamment des territoires ruraux pour réfléchir sur l'accès aux soins.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous avez anticipé ma réponse... Ces initiatives doivent venir du terrain, des professionnels eux-mêmes. Il faut évidemment accompagner les dynamiques, mais il ne revient pas à mon sens aux ARS d'être à l'origine de ces projets.

L'article L. 1431-2 du code de la santé publique prévoit déjà que les autorités régionales de santé « contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé ». Les ARS accompagnent déjà les CPTS, notamment grâce au fonds d'investissement régional – FIR. Bientôt, les dispositions que nous avons votées dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale permettront aussi de les accompagner financièrement. Les négociations conventionnelles sont en cours, j'ai eu l'occasion de le dire tout à l'heure.

Avis défavorable.

(L'amendement n^o 979, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n^o 1577.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement propose de renforcer la place des usagers dans la préparation du projet territorial de santé : il tend à inciter à la construction de ce dernier et à introduire des représentants des usagers dans les CPTS.

(L'amendement n° 1577, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n° 70, 276, 751, 906, 1335, 1457 et 1876.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 70.

M. Bernard Perrut. Le projet territorial de santé est un outil de mise en cohérence de l'ensemble des projets des acteurs – projets des établissements de santé et médico-sociaux, des CPTS, des projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire ou GHT – et d'organisation des coopérations sur le territoire.

J'appelle votre attention sur la nécessité d'articuler le projet territorial de santé avec les schémas départementaux en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 276.

Mme Bérengère Poletti. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n° 751.

M. Jean-Carles Grelier. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Paul Molac, pour soutenir l'amendement n° 906.

M. Paul Molac. Cet amendement a été défendu par Bernard Perrut : il faut veiller à l'articulation des projets territoriaux de santé avec les schémas en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes en perte d'autonomie.

Nous espérons un avis favorable.

M. le président. La parole est à Mme Manuëla Kéclard-Mondésir, pour soutenir l'amendement n° 1335.

Mme Manuëla Kéclard-Mondésir. Cet amendement propose une articulation des projets territoriaux de santé avec les schémas départementaux en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Le projet territorial de santé est un outil de mise en cohérence de l'ensemble des projets des acteurs et d'organisation des coopérations sur le territoire. Cette mise en cohérence doit être étendue aux schémas départementaux médico-sociaux ou aux schémas en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Au lieu de superposer différents instruments d'organisation et de soins, appuyons-nous sur les outils existants en les mettant en cohérence.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1457.

M. Joël Aviragnet. Mon amendement est identique.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Janvier, pour soutenir l'amendement n° 1876.

Mme Caroline Janvier. Il s'agit toujours de décroïsonner le médico-social, le social et le sanitaire : certains établissements sociaux ou médico-sociaux relèvent d'autorités de contrôle et de financement distinctes – ARS, conseils départementaux, directions départementales de la cohésion sociale. Ils fonctionnent parfois en parallèle, voire entrent en concurrence.

C'est pourquoi cet amendement, identique aux précédents, tend à assurer l'articulation entre le projet territorial de santé et les schémas d'organisation sociale et médico-sociale définis à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles. Ces enjeux doivent être envisagés de façon globale, afin de mieux accompagner les personnes âgées comme les personnes handicapées.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Ces amendements sont satisfaits : le projet territorial de santé devra respecter les objectifs du projet régional de santé, qui lui-même inclut le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale, qui à son tour inclut les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. J'espère n'avoir perdu personne au cours de cette explication... *(Sourires.)*

J'ajoute que nous avons adopté tout à l'heure l'amendement n° 1949 de Mme Albane Gaillot, qui précise que le projet territorial de santé prend en considération les personnes en situation de handicap.

La précision demandée par ces amendements serait donc redondante. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n° 70, 276, 751, 906, 1335, 1457 et 1876, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de six amendements, n° 425, 1041, 1595, 1818, 2001 et 2024, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 425, 1041 et 1595 sont identiques, de même que les amendements n° 1818, 2001 et 2024.

La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 425.

Mme Bérengère Poletti. Cet amendement vise à insérer après l'alinéa 11 un alinéa ainsi rédigé : « Le conseil territorial de santé évalue les projets territoriaux de santé et présente leur bilan à la conférence régionale de santé et de l'autonomie. » Il s'agit de redonner une importance centrale au conseil territorial de santé.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 1041.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1595.

M. Joël Aviragnet. Il vise également à introduire des représentants des usagers dans les CPTS.

M. le président. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 1818.

M. Paul-André Colombani. Le conseil territorial de santé réunit l'ensemble des financeurs, offreurs de services de santé, collectivités territoriales et usagers. Il a vocation à devenir le

parlement territorial de santé, à l'instar de ce qu'est la conférence nationale de santé au niveau national et les conférences régionales de santé et de l'autonomie – CRSA – dans les régions.

Le présent amendement a donc pour objectif de donner un rôle central au conseil territorial de santé, instance de démocratie en santé, dans l'élaboration et le suivi des projets territoriaux de santé. Cet amendement doit en effet favoriser la cohérence des initiatives territoriales, en leur confiant le rôle d'évaluer les projets territoriaux de santé.

M. Yannick Favennec Becot. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier, pour soutenir l'amendement n° 2001.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Vincent Thiébaud, pour soutenir l'amendement n° 2024.

M. Vincent Thiébaud. En instaurant une évaluation des projets territoriaux de santé par le conseil territorial, nous souhaitons renforcer le rôle de ce dernier, pour accentuer la cohérence des initiatives territoriales.

Le conseil territorial de santé est en effet composé de 30 à 50 membres, parmi lesquels figurent notamment des professionnels de la santé, des usagers et des collectivités territoriales. Cette mission d'évaluation peut lui permettre de veiller à la cohérence entre le projet territorial de santé et les attentes du territoire, comme des usagers.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements en discussion commune ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Ce sujet avait été soulevé durant nos travaux en commission. Je sais que nous partageons tous la même ambition, mais pour ce qui me concerne, je serai favorable aux amendements n°s 1818, 2001 et 2024, qui me semblent laisser davantage de latitude aux conseils territoriaux de santé quant au déroulé et au rendu de cette évaluation, et défavorable aux autres amendements.

C'est donc par souci de simplicité pour les conseils territoriaux que j'exprime cette préférence.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Marguerite Deprez-Audebert.

Mme Marguerite Deprez-Audebert. Il est important que les élus participent davantage aux CTS. Dans le Pas-de-Calais, ces derniers ne sont même pas présents au bureau du conseil, ce qui est regrettable.

(Les amendements identiques n°s 425, 1041 et 1595 ne sont pas adoptés.)

(Les amendements identiques n°s 1818, 2001 et 2024 sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 629 et 148, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 629.

Mme Emmanuelle Ménard. Les alinéas 13 à 30 de l'article 7 définissent de manière globale les missions et les champs d'intervention des CPTS. Malheureusement, le dispositif vide de son sens la négociation conventionnelle en cours. Voulue par l'article 42 de la loi de financement de la Sécurité sociale, celle-ci a confié aux partenaires conventionnels le soin de négocier la conclusion d'un accord conventionnel interprofessionnel, pour définir le cadre de développement et de financement de ces communautés.

M. le président. La parole est à Mme Émilie Bonnivard, pour soutenir l'amendement n° 148.

Mme Émilie Bonnivard. Défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable. Comme d'autres députés, je partage votre analyse, sur laquelle j'aurai l'occasion de revenir tout à l'heure.

Cependant, les amendements, tel qu'ils sont rédigés, suppriment par mégarde des alinéas qui, pour certains d'entre eux, sont très importants.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard.

Mme Emmanuelle Ménard. Par souci de précision, je souhaiterais savoir quels alinéas nous proposons de supprimer à tort.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Il faut supprimer les alinéas 14 à 21, alors que vous avez mentionné les alinéas 13 à 30.

(Les amendements n°s 629 et 148, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert, pour soutenir l'amendement n° 1244.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Défendu.

(L'amendement n° 1244, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n°s 194, 626, 827 et 913.

La parole est à Mme Émilie Bonnivard, pour soutenir l'amendement n° 194.

Mme Émilie Bonnivard. Cet amendement de mon collègue Martial Saddier tend à intégrer les biologistes médicaux parmi les professionnels de santé de ville, notamment ceux engagés dans l'organisation des soins ambulatoires, qui peuvent prendre l'initiative de créer une communauté professionnelle territoriale de santé.

En effet, les biologistes médicaux bénéficient d'une grande expérience en matière de coopération avec les établissements de soins, les médecins, les infirmiers. Ils sont à la croisée entre les spécialistes et le médecin traitant dans le parcours de santé.

C'est la raison pour laquelle cet amendement vise à les intégrer dans les professions pouvant prendre l'initiative de créer une CPTS.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 626.

M. Francis Vercamer. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Julien Borowczyk, pour soutenir l'amendement n° 827.

M. Julien Borowczyk. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n° 913.

M. Yannick Favennec Becot. Les communautés professionnelles territoriales de santé sont composées de professionnels de santé regroupés en une ou plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou deuxième recours, et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Alors que les examens qu'ils pratiquent sont extrêmement importants pour dépister et suivre des maladies, les biologistes médicaux ne sont pas compris dans cette communauté. Ils disposent pourtant de connaissances élargies s'agissant des besoins en professionnels de santé dans les territoires.

Cet amendement tend à intégrer les biologistes médicaux parmi les professionnels de santé de ville, notamment ceux engagés dans l'organisation de soins ambulatoires, pouvant prendre l'initiative de créer une communauté professionnelle territoriale de santé.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je sais à quel point le sujet est cher au président Vigier. *(Sourires.)*

M. Yannick Favennec Becot. Eh oui !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable. Ces amendements sont satisfaits. Les biologistes médicaux, qui sont des professionnels de santé à part entière, peuvent être à l'initiative des CPTS, les intégrer et les faire vivre.

(Les amendements identiques n° 194, 626, 827 et 913, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 428 et 627.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 428.

M. Gilles Lurton. Cet amendement, déposé par Mme Anthoine, rappelle que l'ensemble des établissements et services médico-sociaux sont ciblés par le projet de loi actuel.

Il semble toutefois important de mieux faire coopérer les professionnels de santé du premier recours avec les structures de ville ou les services qui interviennent au domicile des personnes fragiles, afin de renforcer ce type de soins et de mieux positionner les interventions des services à domicile d'accompagnement spécialisés sur des missions de prévention.

Il s'agit là de promouvoir une société plus inclusive pour les personnes fragiles ou non encore diagnostiquées dans le champ de l'enfance en situation de handicap,

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 627.

M. Francis Vercamer. Défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez que les communautés professionnelles territoriales de santé puissent inclure les services d'aide et d'accompagnement au domicile, les services de soins infirmiers à domicile, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, les services d'éducation spéciale dans le champ de l'enfance, les services d'aide à la vie sociale et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – je vous fais grâce des acronymes ! *(Sourires.)*

Comme vous le précisez dans l'exposé des motifs, les établissements et services médico-sociaux, dont ceux que vous citez, sont mentionnés dans la loi. Ils peuvent donc déjà faire partie d'une CPTS.

Nous avons d'ailleurs eu l'occasion d'en discuter en commission, tout en soulignant que vous n'aviez pas inclus les EHPAD dans votre liste.

Avis défavorable.

(Les amendements identiques n° 428 et 627, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Loïc Dombreval, pour soutenir l'amendement n° 728.

M. Loïc Dombreval. En santé publique, le rôle du vétérinaire n'est pas celui auquel les citoyens et usagers de la profession vétérinaire pensent en premier lieu, ni à la ville, ni à la campagne. Il est regrettable qu'un grand nombre de décideurs ne considèrent pas ce rôle comme suffisamment évident.

En tant que vétérinaire de formation, j'y suis particulièrement sensible, bien que j'aie arrêté d'exercer il y a de nombreuses années. Très vite, dans l'histoire de la profession, les vétérinaires ont compris et assumé leur responsabilité vis-à-vis de la sécurité sanitaire des aliments d'origine animale. L'exemple récent de la viande avariée polonaise l'a montré.

Il est ensuite devenu évident que l'action des vétérinaires et des services vétérinaires entraine pleinement dans la prévention des maladies humaines communes à l'homme et à l'animal, les fameuses zoonoses, ces maladies infectieuses, contagieuses ou vectorielles telles la grippe aviaire, la rage, la tuberculose, la maladie de Lyme, la leptospirose, la toxoplasmose, la teigne ou la gale.

La santé publique est donc indissociable de la santé publique vétérinaire : il n'y a en définitive qu'une seule santé. Cette notion fondamentale imprègne les vétérinaires, véritables sentinelles des zoonoses et acteurs majeurs de la santé publique.

Le travail conjoint sur le thème de l'antibiorésistance entre le ministère de la santé et le ministère de tutelle des vétérinaires prouve à nouveau que ces professionnels de santé sont

des acteurs de la santé publique. Ils doivent donc être intégrés à l'organisation territoriale transdisciplinaire des professionnels de santé.

Cet amendement vise donc à reconnaître leur rôle effectif, concret et marquant, en intégrant pleinement les vétérinaires à la structuration territoriale des communautés professionnelles de santé.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La profession de vétérinaire est absolument essentielle, ce que nos débats d'hier soir, notamment avec notre collègue Yves Daniel, ont permis de souligner.

En revanche, les communautés professionnelles territoriales de santé visent l'égal accès aux soins des patients et leur prise en charge. Dans cette optique, les vétérinaires trouvent moins leur place dans les CPTS.

C'est pourquoi la commission a donné un avis défavorable à cet amendement.

(L'amendement n° 728, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Vincent Thiébaud, pour soutenir l'amendement n° 945.

M. Vincent Thiébaud. Cet amendement de ma collègue Yolaine de Courson traite de l'absence de statut professionnel des personnes chargées de la coordination des projets des CPTS, dont l'emploi n'est pas sécurisé actuellement.

La création d'un tel statut permettrait aux communautés professionnelles territoriales de santé de se doter d'une personne spécialisée pour coordonner les projets, et renforcerait la stabilité du dispositif, surtout lorsqu'il s'agit de piloter des projets à long terme.

Cette demande émane notamment des professionnels de la santé.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez que les communautés professionnelles puissent se doter d'un coordinateur ou d'une coordinatrice, qui se verrait reconnaître un statut professionnel lui permettant de piloter et de coordonner l'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. Je ne sais pas si vous pensez plutôt au pilotage ou à l'ingénierie de la CPTS.

En effet, comme nous avons eu l'occasion de le signaler, le fait que les CPTS puissent être appuyées par un professionnel de la coordination administrative, au moins au moment de leur création, me semble être une des conditions de leur réussite. En tout état de cause, rien dans la loi ne l'interdit aujourd'hui.

Ce métier émerge d'ailleurs de plus en plus. J'ai eu l'occasion de rencontrer ces professionnels dans le cadre de mes déplacements en tant que délégué national à l'accès aux soins. Par exemple, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole – CCMSA – a mis une de ses salariées à la disposition de la CPTS Sud 28, lors de sa création.

Je ne suis en revanche pas certain qu'un statut spécifique soit nécessaire, car ces coordinateurs auront certainement des profils très différents, ce que confirme l'expérience sur le terrain.

Pour toutes ces raisons, la commission a donné un avis défavorable.

(L'amendement n° 945, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 72.

M. Bernard Perrut. Une CPTS a vocation à améliorer la coordination des acteurs et ainsi à concourir à la structuration des parcours de santé ainsi qu'à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Cet amendement vise à associer les présidents des commissions des établissements de santé, publics, et les présidents des conférences médicales d'établissements, privés, en tant que membres invités, aux CPTS, conformément à l'esprit de ces dernières qui est de réunir les soignants autour du parcours du patient.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nos objectifs se rejoignent. Vous souhaitez que les présidents de CME puissent être associés aux CPTS. Les CPTS doivent permettre une structuration de l'offre de soins de ville qui fait cruellement défaut aujourd'hui. Leur objet est précisément de mettre autour de la table et de faire travailler ensemble tous les acteurs.

En outre, au travers des CME, vous visez uniquement une population de médecins, alors que tout l'intérêt des communautés réside dans leur composition interprofessionnelle.

J'émet donc un avis défavorable.

(L'amendement n° 72, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Sur les deux amendements identiques suivants, n° 2050 et 1815, je suis saisi par le groupe Socialistes et apparentés d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 2050.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement vise à supprimer les alinéas introduits par la commission des affaires sociales définissant les missions confiées aux CPTS.

Je souhaite ainsi réaffirmer la volonté du Gouvernement de préserver les caractéristiques des CPTS. Constituées à l'initiative des professionnels de santé, elles sont un outil qui leur est offert pour organiser leurs projets communs dans leur territoire.

Il est certes légitime de vouloir confier à ces CPTS, en contrepartie des financements publics qu'elles reçoivent, des missions bien définies, car cet outil n'a de sens que s'il bénéficie au plus grand nombre de patients. Aussi, j'attends des CPTS qu'elles concourent à l'amélioration de la continuité des soins, de l'accès aux soins ou de la prévention. C'est tout le sens de la responsabilité populationnelle que je souhaite confier aux acteurs de chaque territoire.

Toutefois, pour que les professionnels de santé se saisissent des missions que nous souhaitons leur confier, qu'ils se les approprient, il est indispensable qu'elles aient été définies en accord avec les professionnels eux-mêmes et leurs représentants. C'est la raison pour laquelle le choix a été fait de laisser à la négociation conventionnelle le soin de définir lesdites missions. Ouverte en janvier dernier, la négociation devrait aboutir à un accord national dans les prochaines semaines.

Figurer dans la loi, sans concertation, les missions confiées aux CPTS aurait des effets délétères à double titre : d'une part, cela pourrait conduire à l'échec des négociations en cours avec l'assurance maladie, les partenaires sociaux considérant qu'elles sont désormais sans objet. D'autre part, cela renverrait l'image d'une reprise en main autoritaire des CPTS par l'État, ce qui pourrait en détourner certains professionnels de santé sur le terrain. Ce serait donc contraire à la philosophie même de ce projet de loi qui repose sur la confiance accordée aux professionnels de terrain et parie sur leur engagement et leur énergie pour améliorer l'accès aux soins et à la prévention sur l'ensemble du territoire.

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 1815.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer une disposition adoptée en commission des affaires sociales contre mon avis qui équivaut, n'en déplaise à M. Jumel,...

M. Jean-Paul Lecoq. Il n'est pas là !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. ...à une négation du dialogue social qui est en cours et surtout de ce que nous avons voté dans cet hémicycle en fin d'année dernière : nous avons décidé, dans la loi de financement de la sécurité sociale, d'ouvrir des négociations conventionnelles entre les professionnels et l'assurance maladie pour définir les missions socles des CPTS. Il faut que ces négociations très importantes aboutissent.

Voilà pourquoi il me semble nécessaire de supprimer les dispositions adoptées en commission.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Favorable.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Je veux bien entendre toutes les raisons techniques, conventionnelles ou autres. Mais à quoi servons-nous ici ?

Cet amendement a été voté en commission après qu'un argumentaire a été développé. La représentation nationale entendait le maintenir jusqu'à l'adoption du texte. Une fois de plus, nous avons le sentiment de ne pas servir à grand-chose. C'est extrêmement déplaisant.

Il serait bon que, de temps en temps, la représentation nationale soit un peu mieux prise en considération.

M. Francis Vercamer. Exactement !

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est surprenant de vouloir supprimer les dispositions adoptées en commission. Depuis ce matin, les CPTS sont régulièrement présentées comme la pierre angulaire de la réforme. Or ce sont des objets non

identifiés. La loi de modernisation de la santé 2016 crée les CPTS sans leur confier aucune mission. Il en va de même dans le projet de loi : aucun objectif, aucune mission.

J'entends l'argument du trouble dans les négociations conventionnelles. C'est la raison pour laquelle j'ai présenté l'amendement n° 1792 qui risque malheureusement de tomber si les amendements identiques sont adoptés. Cet amendement ne définit pas les missions, il se contente de fixer les objectifs qui peuvent être ceux des CPTS. Il y est écrit : « les actions des CPTS s'exercent en adéquation avec les objectifs du projet régional de santé. Elles sont le lieu de coordination des professionnels de santé au niveau du territoire concerné avec une approche populationnelle. Elles concourent, notamment à la mise en œuvre d'actions de prévention et à la coordination des soins. Elles sont les interlocuteurs des agences régionales de santé, des collectivités territoriales et des établissements de soins présents sur le territoire concerné. »

Je me tourne vers Mme la ministre et M. le rapporteur pour leur demander un effort. Acceptez, devant la représentation nationale, de définir un peu les CPTS.

M. le président. Veuillez conclure.

M. Cyrille Isaac-Sibille. C'est très important.

M. le président. C'est très important, mais vous avez deux minutes de temps de parole comme tous les autres orateurs sur tous les sujets importants.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Vous nous demandez de voter un texte dans lequel rien n'est défini. Nous ne savons pas ce que sont les CPTS. (*Mme Michèle de Vaucouleurs applaudit.*)

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La loi de 2016 a posé le principe des communautés professionnelles territoriales de santé.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il n'y a rien du tout dans la loi !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Dans la loi de financement de la sécurité sociale – LFSS – pour 2019 que vous avez votée, monsieur Isaac-Sibille, ainsi que toute la majorité de cet hémicycle, nous avons fait le choix d'ouvrir des négociations conventionnelles entre les acteurs de santé et l'assurance maladie pour définir les missions sociales des CPTS. Votre amendement...

M. Cyrille Isaac-Sibille. Fixe des objectifs !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Même s'il concerne les objectifs, votre amendement revient à vous dédire du choix que vous avez fait, avec nous, lors de la dernière LFSS.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Le rapporteur nous explique pourquoi il faut systématiquement détruire tous les amendements qui ont été votés par la commission des affaires sociales. Ce faisant, il se fourvoie.

Je soutiens l'amendement de M. Isaac-Sibille qui donne du sens à ces CPTS. Sans définition de leurs missions et de leurs modalités de fonctionnement, on constatera d'immenses disparités sur le territoire.

Il est très regrettable que l'amendement qui a été voté à une large majorité par la commission des affaires sociales soit maintenant remis en question. Je demande à tous ici de confirmer les dispositions que les membres de la commission, dans leur diversité, ont souhaité introduire dans la loi afin de préciser les contours de l'objet assez flou, dirai-je, plutôt que non identifié.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Je soutiendrai également non pas l'amendement mais l'article dans la rédaction adoptée par la commission. Je m'étonne que le rapporteur, qui représente la commission, donne un avis favorable à la suppression de dispositions qui avaient recueilli un avis favorable de la commission. C'est assez fort de café! (*Mme Caroline Fiat et M. Joël Aviragnet applaudissent.*)

M. Touraine a parfaitement raison. Combien de fois avons-nous adopté des dispositions de nature réglementaire? Pour une fois, nous voulons fixer un cap, des grandes orientations pour une structure qui est créée, et le Gouvernement et le rapporteur nous l'interdisent. C'est une erreur fondamentale. Je ne voterai pas les amendements de suppression.

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales. Que nous ont demandé les acteurs de la santé lors des auditions ou que demandent-ils sur le terrain? Ce qui fait le succès d'une CPTS, c'est le fait que les acteurs décident ensemble de se mettre autour de la table. Si la loi commence à leur imposer des contraintes, nous allons droit à l'échec des CPTS. Tous les acteurs demandent de la souplesse. Il faut voter les amendements.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Pour répondre à M. Vercamer, en tant que rapporteur, je ne fais que défendre la dernière position de la commission des affaires sociales sur ce texte, celle qu'elle a exprimée au cours de la réunion tenue en application de l'article 88, en émettant un avis favorable à ces amendements.

M. Francis Vercamer. On sait comment se passe une réunion article 88!

M. le président. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Le groupe MODEM et apparentés accepte de revenir sur les dispositions qui ont été votées en commission, parce qu'elles peuvent déstabiliser les négociations en cours. En revanche, l'amendement que nous proposons fixe des objectifs très larges qui laissent toute sa place à la concertation, mais donnent un commencement de substance aux CPTS. Nous pourrions tous nous entendre pour substituer à ce qui a été adopté quelques grands objectifs assignés aux CPTS.

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy.

Mme Geneviève Levy. Permettez-moi d'être un peu inquiète quant à nos méthodes de travail. Sur le fond, j'admets le bien-fondé de votre position. Mais, sur la forme, il est quelque peu surprenant de passer des heures à travailler au sein des commissions pour ensuite devoir voter

le contraire en séance. Peut-être le texte a-t-il été insuffisamment préparé. Avouez qu'il est inquiétant de travailler de la sorte.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 2050 et 1815.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je demande une suspension de séance de deux minutes. (*Exclamations sur les bancs des groupes LR, SOC, FI et GDR.*)

M. le président. J'ai déjà indiqué que nous allions procéder au scrutin. Il est donc trop tard pour suspendre la séance.

(*Il est procédé au scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	72
Nombre de suffrages exprimés	67
Majorité absolue	34
Pour l'adoption	42
contre	25

(*Les amendements identiques n^{os} 2050 et 1815 sont adoptés. En conséquence, l'amendement n^o 1792 tombe.*)

Rappel au règlement

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour un rappel au règlement.

Mme Caroline Fiat. Je le formule sur le fondement de l'article 58, alinéa 1, du règlement. Il porte sur le bon déroulement de nos séances. J'aimerais que M. le rapporteur donne bien l'avis de la commission sur les amendements. Il peut bien sûr faire part de son avis personnel, mais à condition de préciser celui de la commission.

M. Sylvain Maillard. Il l'a donné!

Mme Caroline Fiat. Cela vaut pour l'amendement précédent, mais aussi pour d'autres amendements que nous avons examinés auparavant. C'est un rappel gentil...

M. le président. Merci de ce gentil rappel au règlement, madame Fiat. Il en est pris bonne note.

Article 7 (suite)

M. le président. La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n^o 1596.

Mme Ericka Bareigts. Il est défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'avis de la commission – je le donne, comme toujours – est défavorable.

(*L'amendement n^o 1596, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n^o 1531.

M. Pascal Brindeau. Dans la continuité des amendements précédents, nous tentons de limiter la toute-puissance des ARS en matière d'organisation des soins dans nos territoires. Loin d'être fondés sur des a priori défavorables que nous

aurions à propos des mesures que vous proposez ou de l'organisation future des soins, ces amendements sont inspirés par la pratique: les ARS ne tiennent absolument aucun compte des intentions des élus locaux et des acteurs territoriaux de santé. Selon des propos qui m'ont été rapportés, les représentants d'une ARS auraient même dit au cours d'une réunion: « Il y en a marre de ces élus qui veulent se mêler de tout, y compris de l'organisation des soins... »

Mme Geneviève Levy. C'est vrai!

M. Pascal Brindeau. Nous nous demandons même s'il ne conviendrait pas de revoir l'organisation et les missions des ARS.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous avons abordé ce sujet à plusieurs reprises, aussi bien en commission que sur ces bancs depuis lundi dernier. Comme l'avait révélé le nombre d'amendements déposés en commission par des députés appartenant à différents groupes, la procédure d'approbation du projet de santé par l'ARS inquiète. Depuis lors, nous avons travaillé sur cette question, et M. Grelier et moi-même avons déposé des amendements qui visent à alléger considérablement la procédure, en appliquant le principe « le silence vaut accord ». L'avis de la commission – je le donne, comme toujours, madame Fiat – est donc défavorable.

Mme Caroline Fiat. Quand un amendement n'a pas été examiné par la commission, votre avis n'est pas celui de la commission!

(L'amendement n° 1531, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 1532 et 722.

La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1532.

M. Pascal Brindeau. Je le retire.

(L'amendement n° 1532 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 722.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Aux termes de cet amendement, le projet de santé serait non pas approuvé mais enregistré par l'ARS, ce qui laisserait une liberté plus grande encore aux CPTS et aux professionnels de terrain, conformément au souhait du rapporteur.

(L'amendement n° 722, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 11 et 97.

La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n° 11.

M. Jean-Carles Grelier. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 97.

M. Bernard Perrut. Il est défendu.

(Les amendements identiques n° 11 et 97, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n° 1560 rectifié, 1816 rectifié et 2037, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 1560 rectifié et 1816 rectifié sont identiques.

La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n° 1560 rectifié.

M. Jean-Carles Grelier. Comme l'a annoncé M. le rapporteur, il s'agit de modifier très légèrement la rédaction de l'article 7 afin de passer d'un régime d'approbation – dire que l'approbation équivaut à un avis conforme, comme je l'ai entendu tout à l'heure, est une ineptie du point de vue du droit public; il s'agit bien d'une décision administrative – à un régime de décision implicite: le silence gardé par l'administration pendant deux mois vaudrait acceptation. Cela laisserait un peu plus de liberté et de marge de manœuvre aux acteurs locaux qui composent les CPTS.

Le rapporteur ayant déposé un amendement identique au mien, je lui suggère de le retirer. À défaut, j'émettrai un avis défavorable. *(Sourires.)*

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier, pour soutenir l'amendement n° 1816 rectifié.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'amendement identique précédent ayant été excellemment défendu par M. Grelier, je n'ai rien à ajouter. Mon amendement est donc défendu.

M. le président. La parole est à M. Joachim Son-Forget, pour soutenir l'amendement n° 2037.

M. Joachim Son-Forget. Je propose que le projet de santé fasse l'objet d'une décision collégiale des acteurs de santé, plutôt que d'être soumis à l'approbation du directeur général de l'ARS. Le président du Conseil national de l'ordre des médecins n'hésite pas à qualifier les directeurs généraux des ARS de « satrapes », c'est-à-dire de représentants tout-puissants du roi qui ne répondent qu'au roi, comme dans la Perse antique. On aimerait que cette pratique du « satrape » ne soit pas contagieuse. *(Sourires.)*

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. J'é mets un avis défavorable sur l'amendement n° 2037. Nous avons déjà eu un débat à ce sujet, monsieur Son-Forget. Pour le reste, je suis très favorable à l'amendement n° 1560 rectifié, qui est identique au mien.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je tiens à remercier les députés qui ont appelé l'attention sur les inquiétudes que pouvait susciter la formule « soumis à l'approbation du directeur général de l'ARS », alors que la philosophie de la réforme est réellement de laisser l'initiative aux acteurs de terrain. J'ai bien entendu que cette procédure d'approbation risquait de refréner l'envie que peuvent avoir les professionnels de s'inscrire dans cette dynamique. Je suis évidemment favorable aux amendements n° 1560 rectifié de M. Grelier et

1816 rectifié de M. le rapporteur. Il s'agit d'une proposition raisonnable, conforme à l'esprit de la réforme. Je suis en revanche défavorable à l'amendement n° 2037.

(Les amendements identiques n° 1560 rectifié et 1816 rectifié sont adoptés. En conséquence, l'amendement n° 2037 tombe.)

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 1075.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Mme la ministre parle constamment de l'adhésion et du volontariat des professionnels de santé. L'amendement vise tout simplement à préciser : « Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé repose sur l'adhésion et le volontariat des professionnels de santé. »

M. le président. Sur cet amendement n° 1075, je suis saisi par le groupe du Mouvement démocrate et apparentés d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'article L. 1434-12 du code de la santé publique dispose : « des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé ». Le verbe « pouvoir » reflétant l'idée de volontariat, je considère que votre amendement est satisfait. J'émet donc un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Pascal Brindeau.

M. Pascal Brindeau. L'argument du rapporteur est quelque peu contradictoire avec l'intention affichée précédemment : il faut veiller, nous a-t-on expliqué, à ce qu'il n'y ait pas de trou dans la couverture du territoire par les CPTS. Si tel est le cas, la démarche ne peut pas être complètement volontaire. Cela fait penser à ce qui s'est passé pour les intercommunalités : initialement, la décision devait appartenir entièrement aux élus, mais on a fini par leur imposer la façon dont ils devaient s'organiser.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je précise les choses. L'idée est que les professionnels s'inscrivent volontairement dans une CPTS. Par ailleurs, il importe effectivement qu'il n'y ait pas de trou dans la couverture du territoire. Toutefois, la démarche n'est pas obligatoire : un professionnel du territoire concerné par une CPTS a tout à fait le droit de ne pas rejoindre celle-ci s'il ne le souhaite pas.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. Étant assez cartésien, je comprends la question de M. Brindeau. Dans le cas où aucun professionnel de santé ne voudrait rejoindre une CPTS – je raisonne par l'absurde –, alors même que vous considérez cette démarche comme indispensable, que se passerait-il ?

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Dans ce cas, monsieur Lecoq, nous ne pourrions rien faire. Nous avons tous défendus ici l'idée que les CPTS émanaient des territoires, qu'elles étaient

constituées à l'initiative des professionnels. Rien ne nous permet actuellement de rendre obligatoire l'adhésion à une CPTS.

En revanche, les financements substantiels apportés par l'assurance maladie, qui font l'objet de négociations conventionnelles, devraient inciter fortement les professionnels à participer aux CPTS. Celles-ci sont des organisations très souples, qui permettent aux professionnels d'améliorer nettement leur pratique, par exemple en discutant de filières de prise en charge, de cohérence et de coordination des soins. Ils trouvent donc un avantage à y participer. C'est même souvent un grand plaisir pour eux.

C'est toute la philosophie de la réforme : faire confiance aux territoires et aux acteurs, être incitatif, améliorer la qualité de vie au travail. Il n'y a aucune mesure coercitive.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1075.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	58
Nombre de suffrages exprimés	52
Majorité absolue	27
Pour l'adoption	21
contre	31

(L'amendement n° 1075 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de sept amendements identiques, n° 38, 125, 156, 628, 807, 911 et 1199.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 38.

M. Bernard Perrut. L'alinéa 26 de l'article 7 prévoit que l'ARS peut conclure des contrats territoriaux de santé sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et de ceux des CPTS. Nous proposons de préciser que ces projets de santé sont aussi ceux des équipes de soins spécialisés.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 125.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Émilie Bonnavard, pour soutenir l'amendement n° 156.

Mme Émilie Bonnavard. La réponse aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux doit être assurée par l'ensemble des acteurs du territoire, non seulement les équipes de soins primaires et les CPTS, comme le prévoit le texte, mais aussi les équipes de soins spécialisés.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 628.

M. Paul Christophe. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n° 807.

Mme Josiane Corneloup. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 911.

M. Paul-André Colombani. Les équipes de soins spécialisés sont des acteurs essentiels dans les territoires. Par exemple, une équipe de soins spécialisés en neurologie est susceptible d'apporter son expertise sur certaines pathologies qui se développent telles que la maladie d'Alzheimer. Il convient donc que ces équipes soient incluses dans la concertation qui permet d'établir le diagnostic territorial.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1199.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable. Nous avons élaboré en commission une définition des équipes de soins spécialisées, qui correspond actuellement à l'article 7 C. Les mentionner à cet alinéa introduirait une certaine confusion, car lesdites équipes devront avant tout agir dans le cadre des CPTS.

(Les amendements identiques n° 38, 125, 156, 628, 807, 911 et 1199, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1200.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement a pour objet de renforcer la confiance accordée aux professionnels de santé qui agissent sur le terrain. Ceux-ci doivent être libres de déterminer le périmètre de leur communauté professionnelle territoriale ainsi que leur projet de santé.

Toutefois, l'amendement n° 2050 du Gouvernement, que l'Assemblée vient d'adopter et que j'ai moi-même voté, me donnant satisfaction, je retire mon amendement.

(L'amendement n° 1200 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 514 et 515, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour les soutenir.

Mme Isabelle Valentin. La première signataire de ces amendements est Mme Ramassamy.

L'amendement n° 514, qui tend à supprimer l'alinéa 30, vise à redonner de la souplesse au développement des communautés professionnelles territoriales de santé en supprimant la tutelle des agences régionales de santé.

L'objectif de l'amendement de repli n° 515 est d'assouplir la tutelle des ARS dans la mise en place des CPTS.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Comme l'a indiqué M. Door, nous avons trouvé un compromis en adoptant l'amendement n° 2050, identique à ceux de plusieurs membres de votre groupe.

Je vous suggère par conséquent de retirer ces amendements. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(Les amendements n° 514 et 515 sont retirés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n° 33, 98 et 1201.

La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 33.

Mme Geneviève Levy. Les commissions spécialisées pour l'organisation des soins s'attachent à formuler des avis sur la politique en matière d'implantation et de financement de l'offre sur le territoire, notamment sur les volets hospitaliers et ambulatoires. Elles sont les garantes du bon déploiement de cette offre sur le territoire.

Il est donc cohérent que les projets médicaux des communautés professionnelles territoriales de santé leur soient soumis pour avis. De plus, dans un souci de transparence, il convient que ces projets soient publiés sur le site internet de l'ARS.

M. le président. La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 98.

M. Bernard Perrut. Les commissions spécialisées pour l'organisation des soins s'attachent à formuler des avis sur la politique en matière d'implantation et de financement de l'offre sur le territoire, notamment sur les volets hospitaliers et ambulatoires.

Il est donc cohérent que les communautés professionnelles territoriales de santé, qui sont amenées à être des acteurs importants de l'offre de soins territoriale, leur soumettent leurs projets médicaux pour avis. Dans un souci de transparence, il convient que ces projets soient publiés sur le site de l'ARS.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1201.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable. Vous souhaitez que les projets médicaux des CPTS soient soumis pour avis aux commissions spécialisées pour l'organisation des soins issues des conférences régionales de la santé et de l'autonomie. Il faut toutefois conserver une certaine souplesse à cet égard, comme je l'ai indiqué à l'issue de nos travaux en commission.

Afin d'apaiser une inquiétude qui s'était exprimée en commission, les projets des CPTS seront déjà soumis pour validation aux ARS. Nous risquerions, en prévoyant une étape supplémentaire, de décourager les bonnes volontés.

(Les amendements identiques n° 33, 98 et 1201, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 426 et 713, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Vincent Thiébaud, pour soutenir l'amendement n° 426.

M. Vincent Thiébaud. La première signataire de l'amendement est Mme de Courson. Les agences régionales de santé développent une politique de santé dans les territoires en adaptant l'offre aux besoins locaux et contribuent à la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, dans le respect de la mission que leur a fixée le législateur.

S'il existe de nombreuses instances de concertation, aucun dispositif n'est prévu à ce jour pour permettre aux directeurs généraux des ARS de présenter leur politique locale de santé aux élus du territoire. Ce problème a été souvent évoqué sur nos bancs. Je rappelle que les politiques territoriales de santé sont également essentielles en termes d'aménagement du territoire, sujet que nous avons longuement évoqué lors de l'examen de la proposition de loi portant création d'une Agence nationale de la cohésion des territoires.

L'amendement s'inscrit dans la continuité d'un engagement pris lors de la séance des questions au Gouvernement du 12 mars dernier, au cours de laquelle Mme la ministre a invité les directeurs généraux des ARS à nouer une relation de confiance durable avec les élus locaux. Il nous semble important que ces directeurs travaillent aussi avec les professionnels de santé.

Nous proposons donc que le directeur général de l'ARS présente régulièrement aux élus locaux le bilan de la mise en œuvre de la politique de santé sur son territoire, notamment en matière d'accès aux soins et d'évolution de l'offre de santé.

Nous souhaitons aussi permettre aux directeurs généraux des ARS ou à leur représentant de convier les associations agréées en matière de santé, qui participent, aux côtés des collectivités territoriales, à l'élaboration du projet territorial de santé tel que prévu dans l'article 7 du projet de loi, ainsi que les associations d'usagers mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, à la présentation du bilan de la mise en œuvre du projet régional de santé au cours de l'année écoulée, ainsi que de ses orientations pour l'année à venir, notamment sur l'accès aux soins et l'évolution de l'offre en santé.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 713.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Ces amendements ont été repoussés par la commission, mais, à titre personnel, je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée sur l'amendement n° 713, qui vise à répondre à une préoccupation formulée en commission sur l'importance de créer un espace de dialogue commun aux élus et aux ARS.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les amendements tendent à exaucer un souhait qui a été plusieurs fois formulé dans l'Assemblée : celui de mieux associer les élus aux travaux des ARS et de ménager un espace de dialogue régulier, un peu formalisé, peut-être annuel, permettant à chacun de s'exprimer.

Je suis très favorable à ce que l'on structure cet espace de dialogue : on rassurerait tout le monde et l'on éviterait certains non-dits, arrière-pensées ou insatisfactions. Mais il faut trouver le bon moyen de le faire. Si les deux amendements sont intéressants, je suggère à M. Thiébaud de retirer l'amendement n° 426 au profit du n° 713, qui étend le dialogue avec les associations d'usagers, ce qui me paraît une bonne démarche.

(L'amendement n° 426 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je remercie M. le rapporteur, Mme la ministre et M. Thiébaud. Depuis ce matin, nous parlons de démocratie locale. Il faut effectivement trouver un lieu et un moment où, une fois par an, le directeur général ou le directeur de la délégation départementale de l'ARS pourront discuter avec les élus et les représentants des associations.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. La proposition est bonne. J'avais l'impression que cela existait déjà. Il me semble en effet avoir vu la directrice générale de l'ARS de Normandie s'adresser aux maires. Je l'ai d'ailleurs rencontrée à plusieurs reprises avec d'autres députés et sénateurs de mon département.

Seulement, ces discussions ne relèvent pas du partage, car il n'y a ni coconstruction ni cogestion de l'espace. D'un côté, les élus expriment les besoins de la population ; de l'autre, la directrice générale de l'ARS explique qu'elle fait ce qu'elle peut avec les moyens dont elle dispose. Elle ajoute parfois qu'il est bon que nous discutons ensemble afin qu'elle essaie de faire pour le mieux.

Nous attendons certes qu'elle précise les moyens dont elle dispose et la manière dont elle compte les employer. Cela nous intéresse. Mais nous aimerions aussi qu'elle entende le message des élus et qu'elle le fasse remonter jusqu'à la ministre. L'échange doit en effet se faire dans les deux sens.

Faute de pouvoir s'adresser à un préfet de la santé, les élus doivent parfois demander rendez-vous à la ministre de la santé ou au Premier ministre, par exemple pour leur expliquer que l'hôpital du Havre est dans une situation impossible. Mais ils ont l'impression que personne ne les entend. Ce n'est pas ce qu'on appelle le dialogue.

C'est pourquoi nous voterons l'amendement. Cela dit, je ne suis pas certain qu'il faille mettre les élus à la même table que les représentants des associations. Du moins, s'il est bon que tous se rencontrent, on peut prévoir plusieurs niveaux de discussion, sans quoi on sait comment cela se passe.

Madame la ministre, dans le cadre du projet de loi, nous souhaitons que vous donniez des consignes d'écoute afin que les messages remontent jusqu'à vous. Si le Gouvernement ne peut pas connaître la réalité du terrain par la voie des directeurs généraux des ARS, il ne pourra pas faire voter de bonnes lois, quand bien même il en aurait l'intention.

(L'amendement n° 713 est adopté.)

(L'article 7, amendé, est adopté.)

Après l'article 7

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 672 et 20, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 672.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Durant les auditions et les débats en commission, nous sommes nombreux à avoir cherché un nouveau nom aux CPTS. Je propose les « communautés locales d'équipes de santé », locution qui pourrait s'abrégier en « CLE santé ». Les CPTS ne sont-elles pas la clé qui permettra de réussir une politique de coopération en matière de santé ?

M. le président. La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n° 20.

M. Jean-Carles Grelier. Mme la ministre ne s'étonnera pas que j'intervienne sur ce point. Depuis le commencement de ce débat, nous nous efforçons de combattre une hyperadministration de la santé. Les sigles – CPTS, HAS, CERP – et les acronymes entraînent une perte de repères pour nos compatriotes. C'est pourquoi je propose de rebaptiser les CPTS les « villages de la santé ».

On retrouve dans cette expression toute la force symbolique de la communauté – que possédera la CPTS –, la proximité qui est la première attente de nos concitoyens, la disponibilité dont feront immanquablement preuve les professionnels de santé, et surtout une dimension humaine qui fait défaut au sigle actuel. Chers collègues, je vous appelle à soutenir les villages de la santé massivement et sur tous les bancs !

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Monsieur Isaac-Sibille, vous souhaitez rebaptiser les CPTS « communautés locales d'équipe de santé ». Comme je vous l'avais dit en commission, je ne suis pas certain que le concept de « local » soit moins flou que la dénomination « territoriale ». Le terme « territorial » me paraît plus adapté, d'autant plus qu'il fait écho au conseil territorial de santé ou au projet territorial de santé.

Monsieur Grelier, j'ai effectivement déclaré que je n'étais pas un grand partisan du sigle CPTS, et je vous remercie de m'avoir écouté. Cela étant, les acteurs se sont, me semble-t-il, approprié ce terme depuis trois ans. Je crains que le « village de la santé » – même si je peux vous imaginer jouant le rôle d'un « gentil organisateur » (*Sourires*) – ne soit perçu comme une notion un peu légère.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Vous avez perdu une occasion, monsieur le rapporteur, d'entrer dans l'histoire, car personne ne retiendra une réforme que l'on nomme par un sigle, tandis que tout le monde aurait gardé en mémoire les villages de la santé ! (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

(*Les amendements n°s 672 et 20, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

M. le président. La parole est à Mme Émilie Bonnavard, pour soutenir l'amendement n° 139.

Mme Émilie Bonnavard. J'associe mon collègue Gilles Lurton à cet amendement de Vincent Descoeur, qui a pour objet d'améliorer l'efficacité des soins et la coordination du parcours de soins du patient.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a prévu que les praticiens exerçant en ville et dans les établissements de santé s'échangent, au moyen d'une lettre de liaison, toutes les informations médicales nécessaires à la prise en charge du patient. Ce document prend tout son sens dans le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire. Les informations qui y sont contenues sont indispensables au médecin traitant et aux infirmières

pour assurer la continuité des soins à la sortie de l'hôpital. Pourtant, après une hospitalisation classique, seules quatre personnes sur dix rentrent chez elles munies de ce document. En chirurgie ambulatoire, alors que la personne opérée rentre chez elle le soir même, ce sont près de trois personnes sur dix qui repartent chez elles sans cette lettre. Il est donc proposé, par cet amendement, de renforcer le caractère obligatoire de la remise de la lettre de liaison dès la sortie du patient, en le précisant à l'article L. 1112-1 du code de la santé publique.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Comme vous le dites exactement, chère collègue, l'article L. 1112-1 impose déjà cette correspondance. Il me semble donc déraisonnable de faire dire à la loi que son application est obligatoire. Il n'en demeure pas moins que vous soulevez un point important et mettez en lumière des difficultés qui se rencontrent parfois sur le terrain. L'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est obligatoire d'envoyer la lettre de liaison dans les vingt-quatre heures. Il est vrai que beaucoup d'établissements ne sont pas encore en mesure de le faire. Cette procédure fait partie, si je ne m'abuse, des critères de certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé. Par ailleurs, le volet numérique de la réforme « ma santé 2022 », prévoit que ce document figure dans l'espace numérique de santé. Notre objectif est que 95 % des documents soient adressés dans les vingt-quatre heures, conformément à la loi, d'ici à la fin de la réforme, autrement dit en 2022. Nous en sommes très loin pour l'instant. Lorsque les documents informatisés seront disponibles, à partir du moment où l'espace numérique de santé offrira une messagerie sécurisée, ce sera beaucoup plus simple pour les professionnels. Avis défavorable, même si, évidemment, l'objectif poursuivi est le bon.

(*L'amendement n° 139 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 376.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement a trait aux centres de santé, notamment dentaires. Il vise à remplacer, à la première phrase du I de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, le mot : « peuvent » par le mot : « doivent ». Les associations ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades doivent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative. En effet, dans sa rédaction actuelle, cet article n'impose pas cette obligation aux associations. Il est important de mieux contrôler les associations qui interviennent dans le domaine de la santé.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement, qui impose une contrainte supplémentaire aux associations de malades et d'usagers du système de santé. Les associations visées ne sont pas des centres de santé présentant une forme associative, monsieur Isaac-Sibille, comme vous le dites dans l'exposé sommaire de l'amendement, mais des associations permettant aux usagers du système de santé de faire valoir leurs droits et de participer à l'élaboration

des décisions de santé publique. Leur imposer une procédure d'agrément ne serait, à mon sens, ni opportun ni bénéfique. Avis défavorable.

(L'amendement n° 376, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 239 et 763.

La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 239.

M. Paul Christophe. Avec cet amendement, nous entendons donner une définition claire aux équipes de soins primaires – ESP – en définissant un triptyque médecin généraliste-pharmacien-infirmier libéral auquel peuvent s'ajouter, selon les besoins des patients, les autres auxiliaires médicaux.

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique prévoit que l'ESP est composé d'un « ensemble de professionnels de santé ». Il s'agit donc, d'abord, de conférer de la lisibilité à ce dispositif.

Par ailleurs, la notion de « coordination clinique de proximité » n'est pas différenciée de l'approche populationnelle confiée aux CPTS. Les missions des ESP définies dans le code de la santé publique peuvent entrer en contradiction avec celles qui sont confiées aux CPTS. En effet, les ESP ont pour mission la coordination clinique de proximité, alors que les CPTS jouent un rôle de coordination au sein d'un bassin de population, sur un territoire donné.

La clarification des missions et de la composition des ESP doit permettre de répondre aux défis du vieillissement de la population et de l'explosion des maladies chroniques. Il est essentiel d'asseoir cette coordination clinique de proximité sur un triptyque qui peut avoir un effet systémique sur la prise en charge du patient.

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement identique n° 763.

Mme Josiane Corneloup. Sans sa rédaction actuelle, l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique dispose que l'équipe de soins primaires est composée d'un « ensemble de professionnels de santé ». Cet amendement vise à donner une définition claire aux équipes de soins primaires en définissant un triptyque médecin généraliste-pharmacien-infirmier libéral, auquel peuvent s'ajouter, selon les besoins des patients, les autres auxiliaires médicaux. Les ESP ayant pour mission la coordination clinique de proximité, il paraît judicieux d'associer les professionnels de santé et les auxiliaires de santé, alors que les CPTS assurent une mission de coordination au sein d'un bassin de population, sur un territoire donné.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vos amendements visent à définir les équipes de soins primaires comme étant composées d'un triptyque médecin généraliste-pharmacien-infirmier, alors que l'article L. 1411-11-1 du code évoque un « ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours ». Les dispositions que vous proposez me paraissent susceptibles d'ajouter des contraintes et d'empêcher la création d'équipes de soins primaires qui ne recevraient pas le concours d'au moins un infirmier ou un pharmacien. La formule des équipes de soins primaires présente l'avantage de la souplesse. Le médecin

généraliste a vocation à en rester le pivot, même si, dans la pratique, évidemment, les infirmiers et les pharmaciens sont des acteurs clés de ces structures. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n°s 239 et 763, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Joaquim Pueyo, pour soutenir l'amendement n° 671 rectifié.

M. Joaquim Pueyo. Cet amendement vise à reconnaître que les psychologues concourent à la mise en œuvre de la politique de santé au sein de la communauté professionnelle territoriale de santé.

De fait, dans le cadre des projets régionaux et territoriaux de santé, les psychologues sont des acteurs essentiels dans l'application de la politique de santé mentale et doivent être reconnus comme tels. Ils participent à la prise en charge des psychotraumas et à la prévention de la radicalisation, à la protection de l'enfance, à la prise en charge psychothérapeutique de la souffrance psychique des jeunes ou encore des troubles anxieux et dépressifs, entre autres exemples.

Face à la multiplication et à la diversification des demandes d'intervention psychologiques, il me paraît indispensable de renforcer le socle de formation de base et d'allonger la formation des psychologues jusqu'au niveau du doctorat. L'approfondissement de leur formation théorique et pratique permettrait aux psychologues d'être mieux préparés aux différents contextes de travail et à la diversité des populations auprès desquelles ils sont amenés à intervenir. Tel est le sens de l'amendement soutenu par les membres du groupe Socialistes et apparentés.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez élargir les communautés professionnelles territoriales de santé aux psychologues. Votre amendement est déjà satisfait, puisque l'article L. 1431-12 évoque des « acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours », plutôt que des professionnels de santé. Je vous suggère donc de le retirer. À défaut, mon avis serait défavorable.

(L'amendement n° 671 rectifié, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1427.

Mme Caroline Fiat. Il est défendu.

(L'amendement n° 1427, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 887.

M. Francis Vercamer. Il est défendu.

(L'amendement n° 887, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 36.

Mme Geneviève Levy. Associer les présidents de CME des établissements de santé publics et privés, en tant que membres invités des CPTS, permettrait d'établir un lien entre le secteur de l'hospitalisation et les objectifs poursuivis

par les CPTS, en préservant l'objet même de ces communautés territoriales : réunir les soignants autour du parcours du patient.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous avons eu exactement le même débat tout à l'heure. Pour les mêmes raisons, j'émet un avis défavorable.

(L'amendement n° 36, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Béatrice Piron, pour soutenir l'amendement n° 1568.

Mme Béatrice Piron. Afin de faciliter la relation entre les élus, les CPTS et les acteurs de santé, le présent amendement vise à instaurer l'obligation de définir un interlocuteur, au sein des CPTS, chargé des relations entre les structures médicales et les élus.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'avis est défavorable, car vous entendez inscrire dans la loi l'obligation pour les communautés professionnelles territoriales de santé de mettre en place un interlocuteur chargé des relations avec les élus et les autres acteurs. Il faut laisser aux professionnels de santé de chaque territoire toute la souplesse et la capacité d'initiative nécessaires et ne pas définir de cadre contraignant. Votre amendement me semble aller à rebours de la philosophie de notre projet pour les CPTS : nous souhaitons en effet leur laisser la pleine liberté d'initiative et d'organisation interne.

(L'amendement n° 1568, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 710.

M. Gilles Lurton. Cet amendement de notre collègue Marc Le Fur vise à « donner aux structures associatives mobiles de soins dentaires le statut de centre de santé dentaire pour faciliter les soins bucco-dentaires des personnes âgées à domicile ou en établissements [pour personnes âgées dépendantes] dans les zones de désertification médicale. »

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Votre amendement vise à octroyer au pacte territoire santé la compétence d'accorder aux structures associatives mobiles de soins dentaires le statut de « centre de santé ». Nous avons discuté de cette disposition en commission. Cette compétence est aujourd'hui dévolue aux agences régionales de santé. Pour obtenir le statut de centre de santé, les professionnels, lorsqu'ils se regroupent, doivent définir un projet de santé et se déclarer auprès des ARS. La commission a repoussé cet amendement.

(L'amendement n° 710, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Delphine Bagarry, pour soutenir l'amendement n° 1745.

Mme Delphine Bagarry. Cet amendement de Mme Wonner fait suite à sa mission flash sur le financement de la psychiatrie.

L'accompagnement des usagers de soins en santé mentale vers la réinsertion sociale est une condition sine qua non de leur rétablissement. La mission flash a démontré la pertinence de l'accompagnement des usagers sur le marché du travail, du logement et de la réinsertion sociale de manière générale, comme outil et moyen de leur guérison. Ces objectifs font partie des missions des plans territoriaux de santé mentale – PTSM.

L'amendement propose de garantir les droits de ces usagers à être acteurs de leur guérison, en insérant dans la loi, et non dans le règlement, comme c'est le cas aujourd'hui, l'objectif des PTSM de les accompagner dans l'accès aux marchés de l'emploi et du logement. L'amendement prévoit bien sûr que le Gouvernement peut compléter, par voie réglementaire, ces deux objectifs centraux d'objectifs annexes, qu'il lui conviendra de fixer.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Comme vous le soulignez dans votre exposé sommaire, le détail des objectifs poursuivis par le projet territorial de santé mentale relève du domaine réglementaire, et non législatif. Comme en commission, je vous demande de retirer votre amendement ; à défaut, mon avis serait défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 1745 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Delphine Bagarry, pour soutenir l'amendement n° 1746.

Mme Delphine Bagarry. Il s'agit également d'un amendement de notre collègue Martine Wonner. Peu importe la nature publique ou privée des établissements hospitaliers tant qu'ils prennent en charge tous nos concitoyens et qu'ils sont ouverts, disponibles et accessibles. Sur le terrain, les établissements privés et publics se livrent une compétition, qui se fait souvent au détriment des usagers.

Dans le cadre des PTSM et des contrats territoriaux de santé mentale, il semble indispensable que le législateur crée les conditions d'un rapprochement entre les établissements publics et privés, pour servir les usagers et assurer la continuité des soins et de l'accompagnement.

Le public et le privé cultivent leurs différences, ce qui est une bonne chose, mais, à l'heure des déserts médicaux, ces logiques de concurrence doivent être tempérées par une approche pragmatique de complémentarité et de coordination, destinée à faire générer de nouvelles logiques territoriales. Tel est le sens de l'amendement proposé, qui ne crée aucune obligation, mais offre de nouvelles opportunités de collaboration.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Le service public hospitalier regroupe des établissements publics de santé et des établissements privés faisant le choix du service public, sous réserve de respecter certaines obligations.

L'objet de votre amendement me semble satisfait : là encore, je vous demande de le retirer ; à défaut, mon avis serait défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 1746 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de huit amendements identiques, n° 75 rectifié, 163 rectifié, 192 rectifié, 217 rectifié, 915 rectifié, 1207 rectifié, 1566 rectifié et 1711 deuxième rectification.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 75 rectifié.

M. Bernard Perrut. L'article L. 4301-1 du code de la santé publique dispose que les auxiliaires médicaux peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant. Dans un souci de sécurité juridique, l'amendement vise à supprimer les mots « coordonnée par le médecin traitant ».

Très souvent, le professionnel de santé en pratique avancée n'intervient pas sous la coordination d'un médecin et se trouve même chargé de celle-ci, car il n'y a pas de médecins dans les déserts médicaux, zones dans lesquelles nous sommes heureux de compter des infirmiers.

L'amendement, que tous, sur ces bancs, pourraient soutenir, propose de mettre fin à cette situation délicate : les infirmiers étant indispensables, il faut apporter une sécurité juridique à l'exercice de leur mission sur le terrain.

M. le président. La parole est à Mme Émilie Bonnavard, pour soutenir l'amendement n° 163 rectifié.

Mme Émilie Bonnavard. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 192 rectifié.

M. Gilles Lurton. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 217 rectifié.

M. Pascal Brindeau. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n° 915 rectifié.

M. Yannick Favennec Becot. Lors des débats parlementaires conduisant à son introduction en 2016, l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, définissant l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux, a été complété par la notion de « coordination des soins par un médecin ». 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. Les textes réglementaires relatifs à la pratique avancée étant publiés et les cas d'usage de cette pratique étant désormais plus clairement définis, il se révèle que cette mention place les professionnels de santé dans une situation délicate, puisque, en l'absence de coordination par le médecin, ils ne devraient pas légalement pouvoir exercer. Dans le souci d'assurer la sécurité juridique de l'exercice en pratique avancée, cet amendement vise à supprimer la mention de coordination des soins par un médecin.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1207 rectifié.

M. Jean-Pierre Door. Depuis quarante-huit heures, nous cherchons des solutions pour répondre au problème des déserts médicaux. Il est opportun de déployer les infirmières

en pratique avancée dans les déserts médicaux, car elles ont une formation et sont compétentes : il faut donc leur faire confiance et les aider à participer aux soins primaires, afin de renforcer l'offre de soins, partout où cela est nécessaire. Il y a lieu de penser, dès maintenant, à la possibilité de les faire entrer dans la coordination des soins dans les déserts médicaux.

M. le président. La parole est à Mme Béatrice Piron, pour soutenir l'amendement n° 1566 rectifié.

Mme Béatrice Piron. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 1711 deuxième rectification.

Mme Geneviève Levy. Défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez, chers collègues, supprimer la condition de coordination par le médecin pour l'exercice en pratique avancée. Ce serait prématuré, cette coordination restant nécessaire pour sécuriser le développement des pratiques avancées des infirmiers.

Les premières promotions d'infirmiers en pratique avancée finiront bientôt leur formation : laissons le temps au temps et ne faisons pas peser toutes les responsabilités sur les infirmiers, qui n'ont pas toujours la gratification qui les accompagne. Mon avis est donc défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(Les amendements identiques n° 75 rectifié, 163 rectifié, 192 rectifié, 217 rectifié, 915 rectifié, 1207 rectifié, 1566 rectifié et 1711 deuxième rectification ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Didier Martin, pour soutenir l'amendement n° 1006 rectifié.

M. Didier Martin. Dans ce débat consacré aux pratiques avancées, je propose qu'un rapport, rendu dans un délai de douze mois après la publication de la loi, évalue, pratique par pratique, l'adéquation des domaines d'intervention, des conditions et des règles de l'exercice en pratique avancée avec les objectifs de la loi. Il étudiera la pertinence, l'actualisation et l'évolution des pratiques médicales et des pratiques avancées, en fonction des besoins des territoires.

Les pratiques avancées libèrent du temps aux médecins, accroissent et valorisent le travail accompli quotidiennement par les auxiliaires médicaux – infirmiers, mais également manipulateurs en électroradiologie médicale, qui ont obtenu la reconnaissance du grade de licence et qui seraient heureux de voir leur pratique avancée reconnue dans des domaines où les radiologues peuvent être utilement épaulés.

Avec ce rapport, il s'agit de juger de la pertinence de l'extension de la pratique avancée de ces manipulateurs, par exemple pour l'acquisition d'images échographiques – et non leur interprétation, bien entendu –, la réalisation d'actes de dosimétrie et l'assistance au diagnostic, dans la continuité des techniques nouvelles faisant appel à l'intelligence artificielle.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Dans l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, le législateur a déjà demandé que lui soit remis un rapport sur le déploiement des pratiques avancées. Cette disposition satisfait déjà votre amendement, dont je vous demande le retrait. À défaut, mon avis serait défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Retirez-vous votre amendement, monsieur Martin ?

M. Didier Martin. Je suis prêt à le retirer, dans la mesure où je pense et espère que vous m'avez entendu, madame la ministre. Je suis sûr que vous êtes convaincue de l'utilité des pratiques avancées, quand elles se font en bonne coordination avec les praticiens, bien entendu, et sous contrôle médical. Je suis animé par le souci de la carrière des auxiliaires et des besoins médicaux, notamment dans les zones peu denses, où les infirmiers et les manipulateurs seraient particulièrement utiles.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je tiens à rassurer tout le monde : les pratiques avancées sont extrêmement importantes, constituent une avancée majeure pour les infirmiers et les infirmières, et pourront être déployées pour d'autres professions paramédicales. Nous sommes en train de réfléchir à l'extension éventuelle de ce dispositif à d'autres professionnels ; nous en parlerons à l'occasion de l'examen des lois de financement de la sécurité sociale, mais les pratiques avancées seront autorisées dès la rentrée 2019 pour les infirmiers en psychiatrie. Comme vous, nous pensons qu'il s'agit d'un dispositif d'avenir.

(L'amendement n° 1006 rectifié est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1313.

M. Francis Vercamer. Les dispositions relatives au label universitaire des centres de santé pluridisciplinaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles reposent actuellement sur la signature d'une convention tripartite avec l'ARS, dont ils dépendent, et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel, comportant une unité de formation et de recherche de médecine ayant pour objet le développement de la formation et de la recherche en soins primaires. Des praticiens agréés en qualité de maîtres de stage des universités doivent être régulièrement présents dans la structure pour l'accueil d'au moins un étudiant en médecine de deuxième cycle et d'au moins deux étudiants de troisième cycle en stage de médecine générale, et pour l'accueil, effectif ou envisagé, d'autres professionnels en formation.

L'amendement vise à étendre ces dispositions législatives à d'autres professions de santé, en l'espèce les UFR de pharmacie et d'odontologie, afin de développer la recherche sur les pratiques avancées dans ces secteurs. Ces unités disposent d'un bon maillage territorial et de maîtres de stage en officine, et souhaitent développer la recherche sur les pratiques pharmaceutiques officinales.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Monsieur le président Vercamer, je ne vois pas d'inconvénient...

M. Francis Vercamer. Donc, avis favorable !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. ...à ouvrir le conventionnement de maisons de santé pluriprofessionnelles avec des UFR de pharmacie ou d'odontologie, afin de faire de la recherche dans ces domaines.

La commission a repoussé l'amendement, mais je lui donne, à titre personnel, un avis favorable. *(Applaudissements sur les bancs du groupe UDI-Agir.)*

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends la cohérence de l'amendement et j'ignore les raisons pour lesquelles nous n'y avons pas pensé. Avis favorable. *(Mêmes mouvements.)*

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cela mérite une prise de parole, car il s'agit de mon premier amendement accepté. C'est sûrement son numéro, 1313, qui lui a donné ce sort favorable. *(Rires sur de nombreux bancs.)*

Je vous remercie, madame la ministre et monsieur le rapporteur, de vos avis favorables.

(L'amendement n° 1313 est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Guillaume Chiche, pour soutenir l'amendement n° 22. J'en profite pour le féliciter de sa récente paternité.

M. Guillaume Chiche. Merci beaucoup, monsieur le président. *(Applaudissements sur de nombreux bancs.)*

L'amendement vise à associer les ostéopathes et les diététiciens aux maisons de santé. Intégrer ces professionnels dans ces maisons répondrait à une forte demande des Françaises et des Français en matière de médecine douce, et permettrait le développement d'une approche globale et complémentaire des soins.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Les maisons de santé peuvent déjà accueillir des auxiliaires médicaux, comme les diététiciens, les orthophonistes et bien d'autres professions.

La question du statut des ostéopathes parmi les professionnels de santé se pose et dépasse le cadre de leur intégration dans les maisons de santé. Pour ces raisons, la commission a repoussé l'amendement, et j'émet donc un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous souhaitez que les ostéopathes et les diététiciens intègrent les maisons de santé en considérant que leur présence répondrait à l'attente de patients. Je suis tout à fait attachée à ce que la loi prévienne que seuls les professionnels de santé puissent se constituer en maison de santé. On voit d'ailleurs émerger trop de professionnels autres que de santé dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et je n'y suis pas favorable. Nous avons vis-à-vis de nos concitoyens un devoir de lisibilité sur ce que sont les métiers de la santé, afin qu'ils soient bien distingués d'autres professions relevant du bien-être ou d'autres champs d'intervention.

À ce titre, les diététiciens qui sont des professionnels de santé peuvent sans difficulté être membres d'une maison de santé. Les ostéopathes, dès lors qu'ils sont médecins ou

masseurs-kinésithérapeutes, le peuvent également pour les mêmes raisons. Toutefois, s'ils ne sont pas professionnels de santé, ils peuvent participer aux activités de la maison de santé en signant le projet de santé dès lors que leur propre activité s'inscrit dans ce projet.

Aussi, votre demande étant déjà satisfaite, je vous suggère de retirer votre amendement, faute de quoi j'émettrais un avis défavorable.

(L'amendement n° 22 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Béatrice Piron, pour soutenir l'amendement n° 1569.

Mme Béatrice Piron. Nous avons voté, au début de la semaine, la suppression du numerus clausus et nous avons évoqué le besoin de créer de nouveaux stages en médecine générale. Chaque maison de santé devrait pouvoir proposer des stages en médecine dans la mesure où ils sont financés par l'État.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Les maisons de santé peuvent déjà accueillir des stagiaires en médecine et pas seulement en médecine générale, du reste. Leur prise en charge dépend des capacités d'accueil des maisons mais également de la volonté des médecins qui exercent de devenir maîtres de stage. Il ne revient donc pas aux maisons et centres de santé de développer les offres de stage. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Aujourd'hui, 91 % des maisons de santé adhérentes à l'accord conventionnel ont accueilli au moins deux stagiaires en 2017. Votre souhait est donc satisfait. Je vous demande de retirer votre amendement ; sinon, j'émettrais un avis défavorable.

(L'amendement n° 1569 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 1001.

Mme Geneviève Levy. Il est défendu.

(L'amendement n° 1001, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 230.

Mme Bérengère Poletti. Vous connaissez bien les maisons de naissance, madame la ministre. En 2013, ce dispositif expérimental a été voté pour une durée de cinq ans, le décret fixant les conditions de l'expérimentation ayant été publié en 2015. La prise en charge, pour la sécurité des femmes, a été fixée par la Haute Autorité de santé. L'intérêt de ces maisons de naissance est d'offrir aux femmes, pour l'accouchement, un environnement moins technique, moins médicalisé que les maternités habituelles. C'est très important pour certaines d'entre elles, qui, ainsi, vivent mieux leur accouchement. Ce n'est évidemment possible que si celui-ci ne présente aucune difficulté et qu'aucune pathologie n'a été décelée. Ces maisons sont gérées par des sages-femmes et ne concernent que des femmes en bonne santé pour lesquelles il n'y a aucun risque de dystocie. Les maisons de naissance offrent donc à la parturiente un accompagnement beaucoup plus personnalisé et les avis sont plutôt positifs.

La fin de l'expérimentation n'est pas prévue pour demain mais pour dans dix-huit mois, en novembre 2020. Or il me paraît nécessaire de réaliser auparavant une évaluation soigneuse. C'est pourquoi les sages-femmes souhaitent prolonger l'expérimentation au moins pendant un an afin d'avoir le temps d'évaluer l'efficacité de ces maisons toujours adossées à un établissement hospitalier. Elles souhaitent également vous entendre, madame la ministre, sur l'avenir de ce dispositif.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous avons déjà eu cette discussion en commission. Vous souhaitez prolonger d'un an l'expérimentation des maisons de naissance. Il me semble que cinq ans, c'est déjà suffisant. Nous devrions disposer du bilan de cette expérimentation d'ici à la fin de l'année. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'ai déjà répondu à une question au Gouvernement sur le sujet il y a quelques semaines. Je ne suis pas favorable à la prolongation de l'expérimentation. En effet, des évaluations et un rapport vont nous être remis dans le courant de l'année. Un groupe de travail est en train de se constituer sur les questions d'obstétrique, de périnatalité et il se saisira des données fournies par le rapport. Je souhaite par conséquent que nous prenions une décision à l'issue des travaux que je viens d'évoquer et sur le fondement de la réforme des autorisations en cours en matière d'obstétrique. J'émetts donc un avis défavorable : ce n'est pas que l'expérimentation soit inintéressante, mais je souhaite qu'on l'évalue et qu'on prenne des décisions.

(L'amendement n° 230 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Béatrice Piron, pour soutenir l'amendement n° 1648.

Mme Béatrice Piron. À l'occasion du grand débat, les Français ont exprimé leur attachement au service public de la santé. L'évolution des besoins de santé implique qu'on s'adapte à la réalité des territoires ruraux et qu'on propose des solutions innovantes. À titre d'exemple, le projet « Plateforme alternative d'innovation en santé » – PAIS –, mis en place dans la vallée du Cher et en Sologne depuis 2009, permet de mieux coordonner le milieu médical en créant des réseaux d'acteurs de santé en lien avec les élus locaux. Il est parti d'un constat : un déficit de coordination diminue la qualité de l'offre de soins et pose à la fois la question de la permanence des soins et celle de l'égal accès à la santé en milieu rural.

Le projet PAIS propose de décloisonner l'offre de santé et s'appuie sur le fonctionnement suivant : organisation d'un planning de soins non programmés ; formation des secrétaires médicales ; prévention dans les maisons de retraite ou les écoles ; salle mise à disposition, par la mairie, pour effectuer des dépistages dont les résultats sont directement envoyés aux professionnels concernés pour une prise en charge rapide en cas de besoin. Il s'agit de mieux prendre en charge les patients en libérant du temps de soins et d'aller dans les territoires en déficit de soins. Enfin, ce type de dispositif reste peu coûteux et repose sur la mutualisation des moyens sur le territoire.

L'amendement vise à permettre aux territoires ruraux de mener des expérimentations liées à l'innovation.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous avons déjà évoqué le projet PAIS en commission. J'ai pu l'observer lors de mes déplacements dans le cadre de la mission « Accès aux soins ». Votre amendement propose que les territoires ruraux volontaires en sous-dotation d'offre de santé aient droit à l'expérimentation de dispositifs d'innovation en santé, permettant de s'adapter à la réalité spécifique de chaque territoire. En fait, ils ont déjà cette possibilité grâce à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Vous évoquez par ailleurs des dispositifs qui reposent sur une coordination du milieu médical organisée en réseau entre l'hôpital, la médecine de ville ainsi que les élus locaux. Or c'est exactement la philosophie du projet territorial de santé prévu à l'article 7 et que nous venons de voter. Pour ces raisons, je vous suggère de retirer votre amendement ; sinon : avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 1648 est retiré.)

Article 7 bis

M. le président. La parole est à M. François Jolivet.

M. François Jolivet. Les directeurs généraux des ARS ont des pouvoirs très importants. Or le précédent débat a bien montré qu'élus locaux et députés – dont la volonté de siéger dans les conseils de surveillance des hôpitaux a reçu un avis favorable du Gouvernement – expriment le besoin d'être présents. Vous avez déclaré, madame la ministre, que vous ne pouviez pas aller contre ce que faisaient ces directeurs généraux. J'en prends acte. Il n'en est pas moins vrai que, aux termes d'une loi organique et d'une loi ordinaire de 2010, les directeurs généraux de certaines entreprises publiques font l'objet d'un rapport avant d'être nommés, et que leur nomination est soumise à un vote en commission des finances à l'Assemblée et au Sénat. Je me demande si, avant d'être nommé, chacun des treize directeurs généraux des ARS ne pourrait pas faire l'objet d'un avis des commissions des affaires sociales de l'Assemblée et du Sénat. Or vous savez que, lorsque les dirigeants des entreprises publiques ne sont pas confirmés, leur nomination est rapportée.

Je suis par ailleurs très attaché à l'égalité en matière sanitaire, et certains m'ont dit que, dans mon territoire, cette égalité ne prévalait pas toujours. J'ai cru comprendre qu'un enfant était né au domicile de ses parents parce que les secours n'étaient pas intervenus pour transporter sa mère, ce qui signifie que les dispositifs prévus ne sont pas toujours appliqués. Je voudrais bien savoir qui est responsable de cette situation, car le principe d'égalité commence au berceau.

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 1107.

Mme Geneviève Levy. Il est défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je tiens, madame la ministre, à vous faire part d'un problème assez curieux concernant les infirmières. Quand elles vont faire des perfusions ou des pansements à domicile, par exemple un pansement sur un pacemaker, il ne leur est pas possible de se procurer en pharmacie les produits de base pour procéder au nettoyage antiseptique des plaies sans une prescription médicale. Avouez que la situation est ubuesque. Soit elle manque des produits indispensables, soit le médecin donne une consultation qu'on peut qualifier de stupide.

M. le président. La parole est à M. Bertrand Bouyx.

M. Bertrand Bouyx. J'abonde dans le sens de Jean-Pierre Door. Je découvre cet amendement, mais j'ai vérifié quel était le droit de prescription des infirmières. Il arrive qu'une prescription comporte du sérum physiologique en plus d'autres produits ; or, si le pharmacien ne s'en aperçoit pas, le dossier risque d'être rejeté par la caisse de sécurité sociale. Il y a là une importante source de contentieux pour les pharmaciens et pour les infirmiers. Il s'agit donc d'un amendement de bon sens qui concerne des situations très concrètes.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je crois qu'il y a là un malentendu. Un amendement a été adopté en commission qui vise à ce que les infirmiers puissent prescrire du sérum physiologique et des antiseptiques. Cette disposition figure donc désormais dans le texte. L'article 7 bis dispose en effet que le dernier alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par les mots : « , des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique en vente libre ».

Pour tout dire, je ne comprends pas le sens de l'amendement. La commission a adopté un texte qui permet que l'infirmier ou l'infirmière prescrive du sérum physiologique. Est-ce cela que vous voulez supprimer ?

Si vous voulez que cette prescription soit autorisée, vous êtes satisfait, car, je le répète, il résulte de la rédaction du projet de loi issu de la commission que l'infirmier ou l'infirmière peut prescrire « des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique en vente libre ».

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Cette modification du code de la santé publique apportée lors des travaux de la commission auxquels j'assistais pourtant m'avait échappé. Bien entendu, nous retirons l'amendement.

(L'amendement n° 1107 est retiré.)

(L'article 7 bis est adopté.)

Article 7 ter

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier pour soutenir l'amendement n° 1813.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Cet amendement vise à préciser la rédaction de l'article.

(L'amendement n° 1813, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 7 ter, amendé, est adopté.)

Article 7 quater

M. le président. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement de suppression n° 1600.

M. Paul-André Colombani. Il est défendu.

(L'amendement n° 1600, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 7 quater est adopté.)

Article 7 quinquies

M. le président. Je suis saisi de deux amendements de suppression, n°s 1358 et 1601.

La parole est à M. Jean-Paul Lecoq, pour soutenir l'amendement n° 1358.

M. Jean-Paul Lecoq. Introduit dans le projet de loi par l'adoption d'un amendement en commission des affaires sociales, l'article 7 quinquies donne un droit de prescription au pharmacien d'officine en rendant possible le renouvellement périodique des traitements chroniques ou l'adaptation des posologies.

Aujourd'hui, le médecin a l'apanage du diagnostic et de la prescription médicale : il a été formé pour cela au cours d'une dizaine d'années d'études longues et difficiles. Pour sa part, le pharmacien a l'apanage de l'analyse de l'ordonnance, de la délivrance du médicament et de l'accompagnement du patient pour l'observance. Ses études, également difficiles, l'ont préparé à ce métier, mais il n'est pas formé pour poser un diagnostic.

Le glissement de certaines tâches des médecins vers les pharmaciens fait courir le risque d'une médecine à deux vitesses, une médecine low cost. Les évolutions de la répartition des tâches entre les professionnels de santé doivent se faire après des réflexions avec les professionnels et leurs représentants.

Avec le système que vous proposez, nous craignons que la médecine de droit commun ne bénéficie qu'aux mieux lotis, à ceux qui habitent au bon endroit, tandis que l'on réserverait une médecine dérogatoire aux citoyens relégués.

Le monde entier nous envie notre système de santé, qui, par la qualité de l'enseignement et des soignants, constitue une richesse. C'est pourquoi il convient de respecter les métiers de chacun afin de garantir des soins de qualité pour tous nos concitoyens. Nous demandons en conséquence la suppression de l'article 7 quinquies.

M. le président. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 1601.

M. Paul-André Colombani. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements de suppression ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable. À l'article 7 quinquies, il n'est pas du tout question de donner un droit de prescription aux pharmaciens. L'article est issu d'un amendement que j'ai défendu en commission des affaires sociales, et qu'elle a adopté.

L'objectif est de permettre au pharmacien, dans le cadre d'un exercice coordonné avec d'autres professionnels de santé, de délivrer des médicaments, selon un protocole qui serait mis en place par la Haute Autorité de santé, après une formation ad hoc des pharmaciens à ces protocoles, et une obligation relative au lien avec les médecins traitants et à leur information.

L'objectif est de donner aux Français un accès supplémentaire aux soins pour des pathologies du quotidien, avec la même qualité et la même sécurité. J'ai souvent cité les exemples de l'angine ou de la cystite, cette infection urinaire simple qui peut se traiter par antibiotique. En autorisant le pharmacien à délivrer de tels traitements sans prescription du médecin, mais dans le cadre de protocoles visés par la Haute Autorité de santé, nous permettrions aux Français d'avoir un accès supplémentaire aux soins.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur Lecoq, en commission des affaires sociales, nous avons très longuement discuté de l'amendement de M. le rapporteur avant qu'il ne soit adopté et devienne l'article 7 quinquies. Je ne suis pas favorable à la suppression de cette disposition après qu'elle a franchi ces étapes.

Pour autant, je vais m'employer à trouver un consensus sur ce sujet entre les pharmaciens et les médecins, car nous n'avons pas encore eu le temps de la concertation. Un travail avec les acteurs est encore nécessaire. Je m'emploierai à ce que ce qui a été adopté en commission des affaires sociales soit bien cadré, afin que tout le monde se sente à l'aise avec le nouveau dispositif qui permet la délivrance de médicaments pour des pathologies très fréquentes, sans gravité. Je m'engage donc à trouver une voie de passage sur ce sujet entre les professionnels.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. L'article 7 quinquies, tel qu'il résulte de l'amendement de notre rapporteur adopté par la commission des affaires sociales, m'inquiète un peu. Derrière une maladie qui semble bénigne peut se cacher quelque chose de plus grave. L'angine ou la cystite que vous avez citées peuvent avoir une cause bactériologique et cacher un germe infectieux, par exemple, qui peut devenir dangereux. Nous savons que se développe une résistance aux antibiotiques : que se passera-t-il si un germe n'est pas bien soigné ? Je ne suis pas médecin, mais je sens qu'il peut y avoir là un problème. J'aimerais que le rapporteur et la ministre répondent à notre inquiétude.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. Je n'ai pas participé au débat de la commission des affaires sociales, car je n'en suis pas membre, mais j'ai bien suivi nos discussions depuis le début de l'après-midi. Alors que, à plusieurs reprises, il nous a été demandé de ne rien écrire dans la loi parce que des négociations étaient en cours et qu'il ne fallait pas les gêner, j'entends maintenant la ministre nous expliquer qu'il faut mettre le dispositif dans la loi, parce qu'il y aurait urgence, alors même qu'aucune concertation n'a encore eu lieu avec les professionnels. Il faut être un peu sérieux, tout de même !

Le dispositif retenu par la commission pourrait n'être qu'une fausse bonne idée, et il serait peut-être bon de surseoir à son adoption en attendant que Mme la ministre parvienne à un consensus avec les professionnels, si cela est possible. Une fois votée, la loi s'appliquera à tous. Si l'on ne

parvient pas au consensus, les textes obligeront des acteurs qui n'auront pas été formés en conséquence à un acte de soin en bout de la chaîne. Ce serait vraiment limite ! Il serait sage de surseoir et d'adopter les amendements.

M. le président. La parole est à M. Alexis Corbière.

M. Alexis Corbière. Je ne suis pas médecin, mais je comprends l'enjeu de ces amendements. Madame la ministre, vous nous renvoyez à un éventuel consensus que vous dégagerez demain, ce qui signifie qu'aujourd'hui nous ne savons pas exactement ce que nous votons, pas plus que vous ne savez vous-même ce que sera ce compromis.

La raison et la sagesse voudraient que nous supprimions l'article 7 quinquies pour prendre le temps de savoir ce qu'il signifie réellement. Il est surprenant d'inciter le législateur à voter en lui disant qu'on verra bien le résultat de tout cela ensuite. Sur un sujet qui a des conséquences en termes de santé publique, c'est un peu léger !

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. Je veux dire à nos collègues qu'il ne faut pas être plus royaliste que le roi.

M. Jean-Paul Lecoq. Faites confiance à des députés communistes pour ne pas être royalistes du tout ! (*Sourires.*)

Mme Sereine Mauborgne. Les pharmaciens obtiennent leur diplôme après une formation longue – les médecins ne sont pas les seuls à suivre de longues études. On ne peut pas réduire leur fonction à la simple distribution de médicaments, comme s'ils étaient des épiciers.

M. Jean-Paul Lecoq. Ce n'est vraiment pas ce que j'ai dit !

Mme Sereine Mauborgne. La carte Vitale permet aux pharmaciens d'accéder au dossier pharmaceutique du patient – il s'agit de la première étape du dossier médical partagé. Le pharmacien dispose donc d'antécédents de prescription pour le patient.

J'ajoute que, en cas d'angine ou de cystite, pour reprendre les exemples cités par le rapporteur, une trop longue attente sans aucun soin peut être extrêmement préjudiciable à la santé : l'état de santé du patient peut se détériorer si la consultation du médecin tarde trop.

Enfin, il me semble que, avec cette mesure, nous sommes au cœur du projet de loi, car elle permet non seulement d'économiser du temps médical, mais aussi d'assurer l'égal accès aux soins sur tout le territoire, ce à quoi nous sommes tous très attachés. En effet, le maillage territorial des pharmacies est particulièrement dense, ce qui est très précieux pour les patients. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

M. le président. La parole est à M. Didier Martin.

M. Didier Martin. On connaît le privilège de prescription des médecins dans toutes les situations, que ce soit en consultation réglée ou en consultation d'urgence. L'article 7 quinquies concerne les cas d'urgence dans lesquels des patients et des patientes qui souffrent ne parviennent pas à avoir accès en urgence à leur médecin. Il y a de multiples raisons à cela, en particulier le problème essentiel de la permanence des soins qui frappe tout le territoire, en zone urbaine comme en zone rurale.

Pour faire face à cette situation, il est proposé d'appliquer des protocoles préétablis par des professionnels, médecins et pharmaciens, afin de venir en aide ponctuellement au patient en situation d'urgence. Je ne vais pas discourir sur les précautions à prendre quand on utilise les bandelettes urinaires ou que l'on effectue un prélèvement de gorge. Ces contraintes concerneront aussi les pharmaciens si les protocoles le prévoient, mais il existe des garde-fous, et des situations d'urgence.

Comme nombre d'entre vous sans doute, j'ai organisé des ateliers législatifs dans ma circonscription en présence de représentants du Conseil de l'ordre des médecins et de celui des pharmaciens. Je les ai écoutés : les pharmaciens sont prêts à s'engager raisonnablement dans la délivrance d'urgence en officine. Il faut leur faire confiance, ce sont des professionnels qui savent ce qu'ils ont à faire.

Bien sûr, en dehors de l'urgence, les patients iront voir leur médecin à condition que la profession veuille bien se mobiliser pour assurer la permanence des soins, qui pose un vrai problème. Il ne faut pas faire semblant de ne pas voir la difficulté : la permanence des soins n'est pas assez assurée pour que l'on puisse se permettre de supprimer l'article 7 quinquies. Nous sommes face à une urgence véritable à laquelle il faut répondre.

M. Jean-Paul Lecoq. Je vais demander une suspension de séance !

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Je l'ai déjà dit, nous sommes évidemment d'accord pour autoriser le pharmacien à délivrer certains médicaments sous conditions, dans le cas de pathologies mineures.

Les « conditions » en question méritent d'être approfondies. C'est ce que vous nous proposiez de faire, madame la ministre. Il faudra également éclairer la notion de pathologie mineure.

Je précise que le pharmacien demeure le professionnel de santé le plus accessible, puisque 99 % de la population habite à moins de cinq minutes d'une pharmacie.

J'ajoute que tout dispositif permettant de dégager du temps médical pour traiter des affections plus graves ne peut que recueillir notre assentiment. Or il s'agit bien de déléguer de la « bobologie ».

Je rappelle enfin que les pharmacies sont aussi accessibles le week-end et parfois même ouvertes la nuit.

M. le président. La parole est à M. Bertrand Bouyx.

M. Jean-Paul Lecoq. J'ai demandé une suspension de séance !

M. Bertrand Bouyx. Il s'agit d'un amendement de bon sens. Tous les jours, les pharmaciens renouvellent des traitements ou modifient des posologies.

M. Gilles Lurton. Ce n'est pas la même chose !

M. Bertrand Bouyx. Je pense à des cas concrets, tel ce patient dont le médecin, absent, ne peut renouveler l'ordonnance qui a établi le traitement pour un mois : si l'on applique strictement la loi, le malade ne pourra plus prendre ses médicaments, même s'il en a encore besoin, tant que son médecin ne sera pas revenu. Il ne s'agit en tout état de cause que de cas très anecdotiques. C'est, par

exemple, une personne qui souffre d'une cystite chronique, comme en témoigne son dossier pharmaceutique, et qui, un soir, a besoin d'un antibiotique en urgence. Dans tous les cas, il s'agit de délivrer des médicaments dans un cadre très limité, en coordination avec le médecin et toujours dans le respect de sa prescription et de son intention, rien de plus.

M. Gilles Lurton. Mais ce n'est pas l'article !

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy.

Mme Geneviève Levy. Madame la ministre, ce qui fait débat pour certains d'entre nous, ce n'est pas de savoir si les pharmaciens ont ou non compétence pour considérer qu'une ordonnance qui n'a pas été renouvelée par le médecin est encore valable, mais que vous soyez favorable à cet article alors que le consensus que vous attendez sur ce point n'est pas encore advenu. Or, comme vient de dire M. Lecoq, vous nous demandez de légiférer tout de même. C'est ce qui fait problème.

Rappel au règlement

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Paul Lecoq. Une remarque tout d'abord : quand on est en droit de demander une suspension de séance, monsieur le président, on doit l'obtenir.

M. le président. La demande de suspension ne reporte pas automatiquement les interventions de vos collègues que j'ai annoncées, car ils ont, eux aussi, le droit de défendre leur point de vue.

M. Jean-Paul Lecoq. Mon rappel au règlement se fonde sur l'article 58, alinéa 1, relatif à la tenue de nos débats. Je pense que le Gouvernement prend conscience du problème et je propose de surseoir à l'examen de cet article, le temps de lui permettre de présenter une proposition, éventuellement par voie de sous-amendement, qui tienne compte de son objectif, c'est-à-dire la recherche d'un consensus au terme d'une concertation. Il faudrait en trouver un sur ce sujet très important, au moins dans cette assemblée.

M. Gilles Lurton. C'est en effet un sujet très important !

Mme Geneviève Levy. Et ce serait une sortie honorable, madame la ministre !

M. le président. Il est pris bonne note de votre rappel au règlement, monsieur Lecoq, mais ce que vous demandez relève aussi de la navette parlementaire, dont il n'appartient pas à la présidence de préjuger du résultat.

Article 7 quinquies (suite)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Les pharmaciens sont des acteurs de santé à part entière, très compétents, dont nous avons particulièrement besoin étant donné le maillage territorial. Il est donc en effet nécessaire qu'ils soient reconnus, d'autant plus qu'ils font partie intégrante des communautés professionnelles territoriales de santé, mais la prescription sans acte médical pose question. Il peut s'agir d'un patient en manque de médicaments pour une maladie chronique, que le pharmacien dépanne temporairement avant le retour de son médecin traitant, mais tous les membres du corps

médical savent que les contacts téléphoniques entre pharmaciens et médecins sont fréquents et sont une manière très simple de résoudre la question, même en cas d'urgence.

M. Jean-Paul Lecoq. Exactement !

M. Jean-Pierre Door. Par contre, il en va différemment pour certaines pathologies. J'ai entendu en commission un collègue qualifier d'urgence une cystite. Cela m'avait fait bondir, car je ne sais pas vraiment ce qu'est une cystite : cela peut être n'importe quoi, y compris une pathologie qui dissimule quelque chose de grave. Or le pharmacien n'en sait rien. Il ne s'agit pas seulement de donner au patient le produit qui peut calmer les symptômes, mais de savoir ce qu'il en est. Or, si l'on entre sans restrictions dans la logique de cet article, on ne sait pas jusqu'où cela conduit.

Mme la ministre a raison : les pharmaciens et les médecins s'entendent parfaitement bien, ils travaillent fort logiquement ensemble, il faut leur faire confiance, les réunir pour trouver une solution d'avenir. Je vous fais confiance, madame la ministre. Je voterai les amendements de suppression.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Cet article reprend une proposition qui me tient à cœur et que j'avais déjà formulée dans un rapport sur l'accès aux soins en mai 2018.

Monsieur Lecoq, contrairement aux missions-socles des CPTS, à propos desquelles nous avons examiné tout à l'heure un amendement qui visait à obliger chacune d'entre elles à s'y conformer, il ne s'agit pas ici d'une obligation, mais d'une faculté. En l'occurrence, on donne aux pharmaciens d'officine la possibilité de délivrer des traitements, dans le cadre d'un exercice coordonné, c'est-à-dire sous réserve que les professionnels concernés – qu'il s'agisse d'une maison de santé, d'un centre de santé, d'une équipe de soins primaires ou d'une CPTS – soient d'accord pour appliquer les protocoles définis à cet effet par la Haute Autorité de santé. C'est une possibilité ouverte aux professionnels de santé, dans un cadre législatif sécurisant pour tout le monde.

Monsieur Lurton, la délivrance de médicaments sans ordonnance se pratique déjà. Mais nombre de professionnels le font en dehors de tout cadre légal ou scientifique, ce qui met en difficulté et les professionnels, et les patients. Nous avons un recul suffisant concernant cette pratique, car elle existe dans de nombreux pays, notamment au Canada ou en Écosse, ainsi qu'en Suisse, où elle est reconnue depuis 2013 et où une vingtaine de situations cliniques ont déjà été résolues par ce biais. En France, la Haute Autorité de santé, via les groupes d'experts qui regroupent déjà toutes les catégories de professionnels concernés, aura pour mission de définir, outre les protocoles eux-mêmes, les situations cliniques applicables et la conduite à tenir, et donc les médicaments délivrables. Ce cadre législatif, qui doit permettre aux professionnels de s'approprier le dispositif, est aussi un cadre scientifique validé par la Haute Autorité de santé et ses groupes d'experts.

Et je répète, monsieur Door, qu'il ne s'agira en aucun cas d'une prescription pharmaceutique, mais d'une délivrance sous protocole, soit pour une pathologie aiguë, soit pour un renouvellement en cas de maladie chronique – mais, dans ce dernier cas, le dispositif relève, je le rappelle, de l'article 7 quater que nous venons de voter. J'en profite pour remercier mes collègues Mauborgne, Martin et Bouyx pour le soutien qu'ils m'ont encore témoigné, et je confirme évidemment mon avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. Je voudrais souligner les contradictions du rapporteur : comment est-il possible d'écrire dans la loi « peuvent » en affirmant qu'il s'agit d'un cadre sécurisant ? Vous dites que le pharmacien pourra refuser, mais que se passera-t-il s'il m'arrive quelque chose après son refus de me délivrer le médicament sans ordonnance valable ? Ma famille se retournera contre lui. Et vous prétendez que le dispositif est sécurisé ? Non, il ne l'est pas.

M. Gilles Lurton. M. Lecoq a raison !

M. Jean-Paul Lecoq. Cela veut dire qu'il y a un important travail à mener sur la sécurisation en amont. Mme la ministre a raison de dire que les praticiens doivent discuter du dispositif, si tant est que la loi puisse apporter les précisions nécessaires. Il ne faut pas, pour le coup, inverser les choses. Y surseoir n'est pas abandonner une idée, monsieur le rapporteur, ce n'est pas estimer qu'on a tort, c'est dire : « Nous avons peut-être raison avant l'heure. » Cela nous est arrivé souvent à nous, les communistes. (*Sourires.*) Acceptez de vérifier que vous avez raison avant de présenter ce dispositif. Nous, cela fait longtemps que nous avons compris qu'il valait mieux vérifier avant.

(Les amendements identiques n^{os} 1358 et 1601 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n^o 271.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je suis un peu sur la même ligne que Mme la ministre : je considère moi aussi que cet article pose quelques problèmes. Il faut respecter la chaîne entre le patient, le médecin traitant et le pharmacien. Il est très fréquent, en effet, que le pharmacien téléphone au médecin pour lui demander son accord. L'ordonnance est alors rédigée a posteriori. Je ne vois pas où est le problème ; il ne se pose en fait que s'il n'y a pas de médecin traitant ou si celui-ci n'est pas joignable en cas d'urgence. La proposition du rapporteur est alors intéressante. Mais je demande, par cet amendement, que le médecin traitant soit respecté et ait toute la place qui lui revient dans le dispositif.

C'est en l'occurrence tout l'intérêt d'une CPTS que de servir de cadre aux relations entre le médecin et le pharmacien. Je fais confiance à Mme la ministre pour négocier. Mais je répète qu'il est important que le médecin traitant soit respecté, et qu'on ne puisse lui imposer la délivrance de médicaments à ses patients sans son accord, même s'il n'est pas membre d'une CPTS.

M. le président. Puis-je considérer, cher collègue, que vous avez aussi défendu l'amendement n^o 1782 ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. Non ! J'en ai défendu un seul et je reprendrai la parole !

M. le président. Vous savez bien que je donne la parole en fonction uniquement du règlement.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'article 7 quinquies me paraît suffisamment clair et nous avons déjà eu l'occasion d'en parler : vous souhaitez que des médecins puissent déroger à l'exercice coordonné, mais c'est pour moi un préalable indispensable, même en zone sous-dense – dans le cadre d'une équipe de soins primaires ou d'une CPTS notamment. C'est en effet la condition sine qua non pour

bien mettre en place le système de délivrance sous protocole avec, j'insiste sur ce point, le maintien d'un lien systématique avec médecin traitant. L'avis est donc défavorable.

(L'amendement n^o 271, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n^o 1782.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement vise à préciser que les protocoles doivent avoir été conclus avec l'accord du médecin traitant. Monsieur le rapporteur, vous venez de me dire que celui-ci sera bien évidemment respecté et que ce genre de précisions va de soi. Si c'est le cas, je ne comprends pas pourquoi vous donnez un avis défavorable !

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'amendement est déjà satisfait puisqu'il est prévu, à l'alinéa 5, qu'« un décret fixe les conditions d'application [...] notamment les conditions de formation préalables des pharmaciens et les modalités d'information du médecin traitant ». Par conséquent, le médecin traitant est informé, et le dispositif s'applique dans le cadre d'un exercice coordonné où celui-ci est partie prenante, ce qui sécurise les choses d'un point de vue organisationnel, comme les protocoles mis en place par la Haute Autorité de santé les sécurisent d'un point de vue scientifique. L'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Mon amendement ne porte pas sur l'information, qui se fait a posteriori, mais vise à conclure a priori un accord avec le médecin, dans le cadre d'un protocole ! Si vous n'acceptez pas le principe d'un tel accord avec le médecin traitant, c'est qu'il y a un loup !

Il faut un accord du médecin traitant a priori, et une information a posteriori : tel est, je le répète, le but de cet amendement. Je ne comprends pas pourquoi vous lui avez donné un avis défavorable.

(L'amendement n^o 1782, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n^o 587 est défendu.

(L'amendement n^o 587, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Julien Borowczyk, pour soutenir l'amendement n^o 839.

M. Julien Borowczyk. Il vise à ce que la délivrance par le pharmacien de médicaments pour soigner une cystite ou une angine puisse être considérée comme un soin de premier recours. S'il devait y avoir pour cette pathologie une consultation auprès d'un médecin, en cas de complication ou parce qu'il faudrait adapter le traitement, celle-ci serait considérée comme un soin de second recours.

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

M. Thomas Mesnier, *rapporteur*. Cher collègue, je ne suis pas d'accord avec votre analyse. Le moindre souci de santé doit entraîner une consultation chez le médecin traitant – tel est du moins mon avis, la Haute autorité de santé devant décider ce qu'il en est. À mon sens, la consultation du médecin généraliste est toujours du premier recours. J'émet donc un avis défavorable.

(L'amendement n° 839, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 7 quinquies est adopté.)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :

Suite de la discussion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

La séance est levée.

(La séance est levée à vingt heures.)

*Le Directeur du service du compte rendu de
la séance de l'Assemblée nationale*

SERGE EZDRA