

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

191^e séance

Compte rendu intégral

3^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

PRÉSIDENTE DE M. HUGUES RENSON

1. Organisation et transformation du système de santé (p. 2891)

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 2891)

Après l'article 7 *quinquies* (*suite*) (p. 2891)

Amendements n^{os} 1705, 325

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Amendements n^{os} 258, 959, 1058, 233, 1025

Amendements n^{os} 1341, 1664

Suspension et reprise de la séance (p. 2894)

Amendements n^{os} 161, 74, 634

Amendements n^{os} 1689, 1991, 79, 184, 677, 928, 1204, 664 rectifié, 1718, 1883

Amendements n^{os} 77, 76, 152, 919, 1205, 1882, 454, 756 rectifié, 1884 rectifié, 336

Amendements n^{os} 78, 138, 144, 241, 383, 558, 755, 914, 1567, 1710, 1206

Amendements n^{os} 229, 525, 547, 745, 819, 2014, 673, 326, 458, 457, 251

Amendements n^{os} 377, 1119, 1702

Amendements n^{os} 1035, 1881, 1911, 1039, 1202, 1666, 630, 1667

Amendements n^{os} 167, 633

Amendements n^{os} 631 et 632, 177

Amendements n^{os} 80, 127, 180, 832 rectifié, 916, 1203, 1340, 635, 1439

Article 7 *sexies* (p. 2908)

Amendement n^o 1602

Amendements n^{os} 268, 572, 1810

Article 7 *septies* (p. 2909)

Amendement n^o 1428

Amendements n^{os} 980, 1928

Après l'article 7 *septies* (p. 2909)

Amendement n^o 1765

Avant l'article 8 (p. 2910)

Amendement n^o 1547

Suspension et reprise de la séance (p. 2911)

Article 8 (p. 2911)

Mme Justine Benin

M. Pascal Brindeau

Mme Gisèle Biémouret

M. Joël Aviragnet

Mme Delphine Bagarry

M. Jean-Paul Lecoq

M. Gilles Lurton

Mme Marietta Karamanli

M. Bernard Perrut

Mme Emmanuelle Ménard

M. Paul Molac

M. Jean-Pierre Door

M. Jean-Carles Grelier

Mme Caroline Fiat

M. Cyrille Isaac-Sibille

M. Pierre Dharréville

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe

Amendements n^{os} 81, 182, 249, 366, 1051, 1140, 1159, 1237

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 2921)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. HUGUES RENSON

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

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^{os} 1681, 1767, 1762).

DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

M. le président. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles, s'arrêtant à l'amendement n^o 1705 portant article additionnel après l'article 7 quinquies.

Après l'article 7 quinquies *(suite)*

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 1705 et 325, portant article additionnel après l'article 7 quinquies, qui peuvent être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n^o 1705.

Mme Isabelle Valentin. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Marine Brenier, pour soutenir l'amendement n^o 325.

Mme Marine Brenier. Il vise simplement à inscrire dans le code de la santé publique une pratique existant déjà dans les faits : reconnaître officiellement aux sages-femmes le droit d'intervenir en premier recours dans les établissements de santé sous-dotés en gynécologues, afin de leur garantir une protection statutaire supplémentaire.

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission sur ces deux amendements.

M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales. Ceux-ci proposent qu'au sein des établissements de santé ou des hôpitaux sous-dotés en effectifs de gynécologues obstétriciens, les sages-femmes soient habilitées à exercer des

soins de premier recours. Or les sages-femmes sont déjà chargées de l'exercice de tels soins dans leur domaine de compétences. Je n'aime pas l'idée que certains actes soient délégués parce que l'établissement concerné est sous-doté ou en sous-effectif ; même si c'est peut-être le cas dans la pratique, il n'est pas question d'en faire un principe législatif, car tous les Français ont le droit à un égal accès aux soins, tant en qualité qu'en sécurité. L'avis de la commission est donc défavorable.

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. Les sages-femmes font effectivement déjà partie du premier recours en ce sens qu'elles peuvent prescrire de la contraception et assurer un suivi gynécologique standard – elles n'ont pas le droit de toucher aux pathologies. En réalité, ces deux missions font déjà partie de leur champ de compétences, dans le cadre du premier recours, sans qu'elles puissent aller au-delà ; cela ne nécessite donc pas d'être inscrit dans la loi. L'avis du Gouvernement est défavorable.

(Les amendements n^{os} 1705 et 325, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Sur les amendements identiques n^{os} 258 et 959, 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.

Ces deux amendements sont en discussion commune avec l'amendement n^o 1058.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 258.

M. Gilles Lurton. Il est défendu, et Mme Poletti va prendre la relève.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n^o 959.

Mme Bérengère Poletti. Nous avons bien entendu votre réponse précédente, madame la ministre. Il est vrai que les actions de dépistage, de prévention et de diagnostic de la pathologie positionnent la sage-femme comme praticien de premier recours en soins primaires pour la santé des femmes ; elles la placent donc au cœur du dispositif permettant à la patiente d'être au centre du parcours de santé.

Cette place dans le système de santé français nécessite cependant – en tout cas, les intéressées le souhaitent – d'être clairement identifiée dans la loi. Depuis de nombreuses années, en France, la prise en charge de la grossesse n'a été analysée qu'en termes de risques potentiels – nous en parlions tout à l'heure à propos des maisons de naissance –, ce qui a entraîné une hyper-médicalisation, notamment de l'accou-

chement. Pourtant, au vu de la dernière enquête périnatale, les indicateurs périnataux en termes de morbidité et de mortalité n'ont pas évolué et sont moins bons que chez certains de nos voisins européens.

Un parcours de santé se définit comme la trajectoire globale des patients et des usagers sur leur territoire, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Le parcours de santé des femmes dépend de l'organisation de leur prise en charge globale et continue au plus proche de leur lieu de vie ou de travail. La lisibilité, l'accessibilité et la fluidité du parcours de santé s'appuient sur la qualité de l'information ainsi que les conditions d'accueil et d'accompagnement de la femme tout au long de sa vie.

Cet amendement participe ainsi à la création d'une politique de santé autour de la prise en charge coordonnée de la santé des femmes et des familles.

M. le président. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 1058.

M. Paul-André Colombani. Il est défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je crois comme vous que le rôle des sages-femmes doit être renforcé. Toutefois, vos amendements ne me semblent pas opportuns.

Certaines formulations restent en effet très floues, comme « s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ».

En outre, certaines de ces compétences – comme la prévention, notamment la vaccination – sont déjà aux mains des sages-femmes. J'aurai d'ailleurs l'occasion tout à l'heure de donner un avis favorable à un amendement visant à étendre cette compétence.

Comme l'a très bien dit Mme la ministre en commission la semaine dernière, les sages-femmes peuvent déjà assurer le suivi des femmes si et seulement si ces dernières ne sont pas atteintes de pathologies – c'est là que réside la grande différence avec le suivi gynécologique.

L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Je vais maintenant mettre aux voix les amendements identiques n°s 258 et 959.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	33
Nombre de suffrages exprimés	27
Majorité absolue	14
Pour l'adoption	8
contre	19

(Les amendements identiques n°s 258 et 959 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n° 1058 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 233.

Mme Bérengère Poletti. Madame la ministre, je n'ai évidemment rien à vous apprendre sur la problématique vaccinale. Je profite d'ailleurs de la défense de cet amendement pour vous remercier et vous féliciter de la politique que vous menez avec courage et obstination en faveur de la vaccination.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Merci.

Mme Bérengère Poletti. Cet amendement tend à participer à cet effort. En effet, plus on parle de la vaccination et plus on met de professionnels à disposition pour pouvoir vacciner, mieux on pourra vacciner. Il s'agit donc de compléter le dispositif législatif existant en élargissant les compétences des sages-femmes, en autorisant celles-ci à prescrire et à pratiquer des vaccinations auprès d'enfants, dans des conditions définies bien sûr par décret.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La commission avait repoussé cet amendement. Toutefois, après l'avoir étudié – et en saluant l'engagement de Mme Poletti, qui connaît très bien les questions relatives aux sages-femmes –, je donnerai, à titre personnel, un avis favorable, car il s'inscrit, à mon sens, dans la perspective de notre très fort engagement en faveur de la vaccination. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.)*

M. Francis Vercamer. Il est bien, ce rapporteur : on va le garder. *(Sourires.)*

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Depuis 2016, les compétences des sages-femmes ont été élargies, tant en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse qu'en matière de vaccination. Les sages-femmes peuvent ainsi prescrire et pratiquer les vaccinations de l'entourage, dès la grossesse de la mère puis pendant la période de huit semaines qui suit l'accouchement. Elles peuvent donc réaliser certaines vaccinations de la femme, du nouveau-né et de l'entourage de la femme enceinte.

Dans la logique de simplification du parcours vaccinal et de multiplication des opportunités vaccinales, inscrite dans mon plan « priorité prévention », j'ai saisi la HAS – la Haute Autorité de santé – sur la question de l'élargissement des compétences vaccinales des professionnels de santé, dont les sages-femmes. Elle doit rendre son avis courant 2019.

La modification législative que vous proposez permet d'ouvrir la voie de cet élargissement, même s'il est évident qu'il reviendra à la HAS de se prononcer et à l'autorité administrative de fixer par arrêté la liste des vaccins autorisés.

Pour toutes ces raisons, je suis favorable à votre amendement.

M. Francis Vercamer. Bravo !

(L'amendement n° 233 est adopté.) (Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.)

M. le président. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 1025.

M. Paul-André Colombani. Défendu.

(*L'amendement n° 1025, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 1341 et 1664.

La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 1341.

M. Jean-Louis Touraine. Le premier enjeu de santé publique dans notre pays est le tabagisme, responsable de 80 000 morts chaque année ; c'est en effet la première cause de mortalité évitable. Le gouvernement actuel est évidemment très engagé dans la prévention de ce fléau.

Cet amendement vise à faciliter l'accès aux substituts nicotiques, qui peuvent être actuellement prescrits par les médecins, les sages-femmes et divers autres professionnels de santé, mais curieusement pas encore par les pharmaciens. Or c'est souvent dans les pharmacies que se rendent les personnes ayant décidé de se sevrer du tabac, puisque cela leur évite d'effectuer plusieurs démarches : aller se faire prescrire ces substituts nicotiques chez le médecin, puis se rendre en pharmacie. Par conséquent, une démarche unique leur permettant d'accéder au sevrage tabagique serait très pragmatique et efficace : elle réduirait la mortalité due au tabagisme et rendrait un grand service à cette cause première de la prévention.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement identique n° 1664.

M. Joël Aviragnet. Il vise en effet à modifier la liste des professionnels de santé autorisés à prescrire les substituts nicotiques, pour y inclure les pharmaciens.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez autoriser les pharmaciens à prescrire des substituts nicotiques. Or la prescription de ceux-ci s'inscrit plus largement dans l'aide au sevrage tabagique, notamment dans l'accompagnement, qui est essentiel et dans lequel le médecin a toute sa place. Le rôle du praticien ne se résume en effet pas à la prescription du substitut : il prend en charge toute la démarche d'accompagnement et de suivi des patients qui souhaitent s'y inscrire. L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous avez raison, monsieur Touraine, la lutte contre le tabagisme est un enjeu majeur de santé publique. Votre proposition va dans le sens d'une meilleure accessibilité des substituts nicotiques.

Or nous avons déjà considérablement fait évoluer, ces derniers mois, l'accès à ces substituts : nous avons fait en sorte qu'ils soient remboursés par la sécurité sociale non sur la base d'un forfait mais sur celle d'une prescription ; nous avons en outre élargi les professions habilitées à les prescrire, puisque cinq professions de santé le sont désormais – les médecins, les infirmiers, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes.

Ces deux évolutions ont abouti à une augmentation considérable des ventes de substituts nicotiques : 3,4 millions de personnes en ont consommé en 2018, soit 25 % de plus qu'en 2017. Compte tenu de cette dynamique, il ne nous

semble pas nécessaire d'ouvrir encore plus leur accessibilité. Je vous demande donc de retirer vos amendements ; à défaut, j'y serais défavorable.

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

M. Jean-Louis Touraine. Madame la ministre, je vous engage à avoir un peu plus d'ambition ! Vous savez le retard que nous avons en la matière sur l'Australie, les États-Unis, la Grande-Bretagne ou les pays d'Europe du Nord, et vous savez aussi que ce n'est pas avec de petites mesures prises périodiquement que nous pourrions atteindre notre objectif.

Vous avez certes permis des progrès substantiels, incluant le paquet neutre, qui se sont ajoutés à ceux de la précédente législature, notamment l'autorisation de prescription des substituts nicotiques accordée aux sages-femmes, après qu'on s'est rendu compte que la France détenait le triste record du plus grand nombre de femmes enceintes tabagiques, avec les conséquences que cela peut avoir pour le futur bébé.

Il est clair qu'un geste favorisant le sevrage des personnes ayant une addiction tabagique serait maintenant bienvenu. Tant qu'on n'a pas réduit considérablement le nombre de fumeurs dans notre pays, on ne doit pas se reposer sur les acquis précédents.

Puisque les sages-femmes, les infirmiers et d'autres professionnels de santé peuvent prescrire des substituts nicotiques, et que, contrairement à ce que dit M. le rapporteur, un accompagnement médical n'est pas nécessaire pour s'arrêter de fumer, je vous engage, madame la ministre, à accepter que le pharmacien, un acteur important du système de santé, puisse se joindre aux prescripteurs. Cela faciliterait considérablement les choses, puisque c'est précisément dans les pharmacies que sont vendus ces substituts.

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

Mme Delphine Bagarry. Je propose que la délivrance des substituts nicotiques soit incluse dans les protocoles de coopération entre médecins et pharmaciens qui seront validés par la HAS. L'accompagnement nécessaire peut en effet être assuré de multiples façons, et le pharmacien peut s'en charger. Il existe en outre des numéros verts dédiés au sevrage tabagique. Je trouve que ce sont de bons amendements, et je voterai pour. (*Mme Claire Pitollat applaudit.*)

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

M. Joël Aviragnet. Je n'ai pas de position arrêtée sur la question, mais je voudrais formuler une remarque de bon sens. Je me suis occupé de jeunes. Pour ceux-ci, il est bien plus aisé d'aller dans une pharmacie que de prendre un rendez-vous. Il ne s'agit pas de distribuer ces substituts comme des bonbons, c'est entendu, mais il me semble que les pharmacies sont faciles d'accès. Simplifions les choses ! Pour les jeunes, il est hyper-important de continuer cette bataille.

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

M. Francis Vercamer. Le groupe UDI-Agir soutiendra ces amendements. Si l'on veut combattre les maladies découlant du tabagisme, il faut prendre les mesures qui s'imposent. Comme l'a dit M. Touraine, on ne peut pas continuer à prendre des mesurette, qui n'ont pas forcément beaucoup

d'efficacité. Il faut mettre le paquet, madame la ministre, et ne pas agir que sur le prix du tabac ; il convient aussi de favoriser les substituts. (*Mme Sereine Mauborgne applaudit.*)

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je me vois contrainte de reprendre la parole, monsieur le président.

Je considère que l'on peut avoir des débats sains et pragmatiques sur le sujet. Prétendre que je n'ai pas d'ambition en ce qui concerne le tabac, monsieur Touraine, avec tout le respect que je vous dois, il faut quand même oser ! J'ai écrit un plan cancer et je me suis battue des nuits entières pour obtenir des mesures spécifiques sur le tabac. J'ai obtenu du Gouvernement et de tout l'exécutif l'autorisation d'augmenter le prix du tabac jusqu'à 10 euros, ce qui n'avait jamais été fait et ce qui révèle une ambition extrême. De plus, je l'ai fait sans que cela mette les buralistes dans la rue, parce que nous avons travaillé avec eux, ainsi qu'avec les douaniers, afin d'éviter les ventes illicites. J'ai fait en sorte que les substituts nicotiques soient remboursés par la sécurité sociale, en remplacement du forfait d'aide au sevrage tabagique. Je trouve donc que ce n'est pas bien de votre part d'oser affirmer que je n'ai pas d'ambition sur le sujet.

Cependant, ce n'est pas une bonne mesure à mes yeux que de prévoir que le conseiller et prescripteur soit la même personne que le vendeur. Cela ne peut pas être comparé au soin d'une pathologie comme la cystite ou l'angine.

Nous avons élargi les possibilités de prescription à cinq professions de santé, et les ventes de substituts nicotiques ont considérablement augmenté au cours de la dernière année. Regardez la dynamique de l'arrêt du tabac : l'année dernière, on a compté 1 million de fumeurs en moins ! Il me semble que la politique d'augmentation du prix du tabac contribue à une vraie prise de conscience, dans la population française, que l'on se dirige vers un arrêt du tabagisme dans notre pays. C'est dans l'air du temps. Plus personne ne remet en cause l'augmentation du prix du tabac – on ne voit personne aller protester dans la rue contre cela. Je pense que la dynamique est enclenchée et que nous n'avons pas besoin de cette mesure supplémentaire.

M. le président. La parole est à Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Je demande une suspension de séance de cinq minutes.

M. Gilles Lurton. Le temps d'une mise au point au sein de la majorité ?

M. Jean-Carles Grelier. Vous ne pouviez pas vous mettre d'accord avant ?

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt et une heures cinquante, est reprise à vingt et une heures cinquante-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je crois avoir démontré mon engagement absolu en faveur de la réduction du tabagisme dans notre pays. Néanmoins, je ne suis pas favorable à ces amendements parce que nous avons déjà considérablement étendu les possibilités de prescription et de remboursement des substituts nicotiques. Je trouve peu sain que le conseiller et prescripteur d'un produit soit aussi celui qui le vend. Vu les chiffres d'arrêt du tabagisme, l'impact de l'augmentation du prix du tabac et le nombre de substituts nicotiques remboursés par l'assurance maladie – en augmentation de 75 % cette année –, je pense que nous sommes en présence d'une dynamique forte, qui ne nécessite pas d'élargir dès aujourd'hui aux pharmaciens la prescription des substituts nicotiques. Je maintiens donc mon avis défavorable sur les amendements.

(Les amendements identiques n^{os} 1341 et 1664 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n^{os} 161, 74 et 634, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 74 et 634 sont identiques.

La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n^o 161.

Mme Isabelle Valentin. Cet amendement, dont la première signataire est ma collègue Émilie Bonnard, tend à faciliter et simplifier l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus, en permettant aux biologistes médicaux pharmaciens d'effectuer certains actes d'anatomie et cytologie pathologique. En France, on dénombre chaque année près de 1 000 décès liés au cancer du col de l'utérus et 3 000 nouveaux cas recensés. L'Institut national du cancer déplore que 40 % des femmes ciblées par les recommandations ne réalisent pas assez régulièrement de frottis de dépistage.

M. le président. La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n^o 74.

M. Bernard Perrut. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n^o 634.

M. Francis Vercamer. Défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Certes, les biologistes sont capables de réaliser des frottis – nous en avons discuté en commission. Néanmoins, la réflexion ne doit pas se cantonner aux gestes et aux actes, mais aussi aborder la prise en charge et le suivi des femmes. Pour ce faire, il y a non seulement les gynécologues obstétriciens et les gynécologues médicaux, mais aussi les médecins généralistes et les sages-femmes, parfaitement compétents pour pratiquer ces gestes et aller plus loin en matière de suivi, ce qui inclut les palpations mammaires et les consultations gynécologiques dans leur ensemble. D'ailleurs, si ma mémoire est bonne, Mme la ministre a introduit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 une mesure ouvrant droit à un dépistage à partir de vingt-cinq ans.

L'avis est donc défavorable, car ce qui est ici proposé doit s'inscrire dans le parcours de soins des femmes.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends tout à fait l'objectif de ces amendements, qui est de diversifier les lieux où les femmes peuvent réaliser un frottis afin d'augmenter leur participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. C'est là, en effet, un problème majeur puisque, faute d'un frottis régulier, trop de femmes meurent de ce cancer tout à fait évitable. Lorsqu'on analyse les causes pour lesquelles elles ne réalisent pas de frottis, on découvre que ce n'est pas tant faute d'avoir pu trouver un professionnel, que parce qu'elles n'ont pas suffisamment pris en compte la nécessité d'effectuer cet acte tous les trois ans. Certaines d'entre elles – les enquêtes, hélas, le montrent – se croient même protégées sur le long terme une fois qu'elles ont réalisé un frottis.

Il est donc important que les femmes s'inscrivent dans un suivi très sérieux de prévention des cancers gynécologiques, et ce n'est pas la multiplication des lieux où l'on peut réaliser un frottis qui le permettra. Je ne suis donc pas très favorable à cet amendement car, là où la femme réalise un frottis, on doit aussi l'orienter vers une mammographie et une palpation des seins. Les sages-femmes et les médecins généralistes sont donc les seuls professionnels en mesure d'assurer un suivi gynécologique ad hoc pour la prévention des cancers.

Comme l'a dit M. le rapporteur, nous avons instauré, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, une mesure relative à la consultation de prévention des cancers, entièrement prise en charge par la sécurité sociale, pour toutes les femmes âgées de vingt-cinq ans. Cette consultation doit permettre d'évaluer, pour chaque patiente, le niveau de risque de cancer du sein ou du col de l'utérus. Elle se voit ensuite prescrire un parcours de soins, lequel précise la fréquence des mammographies ou des frottis. Pour le frottis, le choix du lieu est assez simple : les patientes peuvent se rendre chez un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme, nous insistons bien sur ce point dans toutes les campagnes de dépistage.

Bref, l'enjeu est moins dans la multiplicité des lieux de consultation que dans un suivi au long cours, qui permette aux femmes de s'inscrire dans un parcours très cadré de dépistage des cancers, que les pharmaciens biologistes ne sont pas à même d'assurer. Si je ne suis pas favorable à ces amendements, ce n'est parce que j'estime que les pharmaciens biologistes ne sont pas capables d'effectuer l'acte dont nous parlons. Ils en sont capables, car ils l'effectuent déjà pour certaines infections, mais ils ne peuvent assurer l'intégralité de l'accompagnement nécessaire pour les femmes qui réalisent un frottis, à commencer par la palpation des seins, obligatoire dans ce cadre.

(L'amendement n° 161 n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n° 74 et 634 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 1689, 1991, 79, 184, 677, 928 et 1204, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 1689 et 1991 sont identiques, de même que les amendements n°s 79, 184, 677, 928 et 1204.

La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 1689.

M. Francis Vercamer. Défendu !

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 1991.

M. Paul Christophe. Il vise à permettre aux pharmaciens d'officine de prescrire certains vaccins qui font l'objet de prescriptions médicales obligatoires. La liste de ces vaccins serait établie par arrêté. Cela permettrait aux pharmaciens de participer à la politique de renforcement de la couverture vaccinale et cela faciliterait le parcours des patients, via un partage de tâches. Les pharmaciens d'officine ont déjà démontré qu'ils sont de solides acteurs de proximité, notamment dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale, laquelle sera généralisée à l'ensemble du territoire en 2019-2020. Le présent amendement s'inscrit dans la suite logique de cette mesure.

M. le président. La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 79.

M. Bernard Perrut. Comme cela vient d'être dit, il vise à permettre aux pharmaciens d'officine de participer à la politique de renforcement de la couverture vaccinale et de faciliter le parcours des patients. De nombreux vaccins sont en effet passés d'une prescription médicale facultative à une prescription médicale obligatoire. Il faudrait donc, madame la ministre, établir par arrêté la liste des vaccins qui pourraient être administrés par le pharmacien. Je suppose que cette liste pourrait être débattue, afin que soit respectées, en ce domaine, à la fois la légitimité des médecins et celle des pharmaciens.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 184.

Mme Isabelle Valentin. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 677.

M. Francis Vercamer. Défendu également.

M. le président. La parole est à M. Bertrand Bouyx, pour soutenir l'amendement n° 928.

M. Bertrand Bouyx. Par cet amendement, madame la ministre, nous entendons simplement vous interpellier sur la législation européenne, qui soumet l'ensemble des médicaments administrés par voie parentérale à une prescription médicale obligatoire. Tous les nouveaux vaccins mis à disposition après une AMM – autorisation de mise sur le marché – européenne sont donc sous cadre rouge. De ce fait, les pharmaciens, que nous avons autorisés à administrer des vaccins, pourraient se voir empêchés de vacciner contre la grippe.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1204.

M. Jean-Pierre Door. Je compléterai les propos précédents. Le problème de la politique vaccinale est majeur, je crois que vous serez d'accord, madame la ministre. Il faut continuer d'appuyer sur l'accélérateur afin d'augmenter le taux de couverture vaccinale en France, qui est très en retard par rapport à d'autres pays.

Le problème est que, au regard du droit européen, presque tous les vaccins – hormis quelques exceptions rares donc visibles –, sont soumis à prescription médicale obligatoire, notamment dans presque tous les pays européens limitrophes du nôtre. Si nous voulons renforcer la politique vaccinale, il faudrait donc que certains vaccins soumis à une prescription

médicale obligatoire, dont la liste serait fixée par arrêté, puissent être, non pas déclassés, mais prescrits par les pharmaciens.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur cette série d'amendements ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. En commission, plusieurs collègues, en particulier Mme Firmin Le Bodo et M. Christophe, avaient coeuvré en France, pour la même indication, des vaccins soumis à prescription médicale obligatoire et des vaccins soumis à prescription médicale facultative. Ce sera bientôt le cas, notamment, pour les vaccins contre la grippe, vous avez tout à fait raison.

Après expertise juridique, il apparaît en effet que de plus en plus de vaccins arrivent sur le marché en procédure centralisée, avec un statut de prescription médicale obligatoire. Peuvent ainsi coexister en France, pour la même indication, des vaccins soumis à prescription médicale obligatoire et des vaccins soumis à prescription médicale facultative. Ce sera bientôt le cas, notamment, pour les vaccins contre la grippe, vous avez tout à fait raison.

Dans ce contexte, les amendements visent à permettre aux pharmaciens d'officine de prescrire directement certains vaccins pour faciliter le parcours des patients et contribuer à la politique de renforcement de la couverture vaccinale, dont vous savez qu'elle est un enjeu fort pour le Gouvernement et la majorité. Je suis heureux que nous ayons pu avancer sur ce sujet : j'émet un avis favorable. (« Ah ! » sur les bancs des groupes LR et UDI-Agir.)

M. Jean-Pierre Door. Quel cadeau !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Emporté par mon enthousiasme, j'ai omis de préciser que l'avis est surtout favorable pour les amendements identiques n^{os} 1689 et 1991, qui me semblent un peu plus robustes juridiquement. Je demande donc le retrait des autres amendements.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je remercie l'ensemble des membres de la commission des affaires sociales qui se sont mobilisés sur le sujet, notamment Mme Firmin Le Bodo, qui s'était exprimée en commission.

Après expertise de ces amendements, ceux dont la rédaction nous semble la plus appropriée sont effectivement les n^{os} 1689 et 1991. Je suggère le retrait des autres, qui poursuivent le même objectif.

(Les amendements identiques n^{os} 1689 et 1991 sont adoptés ; en conséquence, les amendements n^{os} 79, 184, 677, 928 et 1204 tombent.)

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n^o 664 rectifié.

M. Francis Vercamer. Défendu, avec vigueur ! *(Sourires.)*

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Malgré la vigueur bien connue du président Vercamer, l'avis, hélas, est défavorable. *(Sourires.)*

(L'amendement n^o 664 rectifié, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n^o 1718.

Mme Isabelle Valentin. À l'heure où l'objectif principal est de permettre aux patients de bénéficier un meilleur accès aux soins, il est nécessaire d'ouvrir aux pharmaciens la possibilité d'assurer la continuité des traitements, le temps que le patient se rende de nouveau chez un médecin. En effet, il arrive qu'un médicament soit en rupture d'approvisionnement sur le territoire et que cette rupture soit reconnue par les autorités publiques. Dans un tel cas, il est impératif que le pharmacien puisse délivrer au patient un traitement de substitution, le temps que ce dernier obtienne une nouvelle prescription de son médecin. Il en va de même lorsque le médicament est retiré du marché sur le territoire français ou n'est plus produit par les laboratoires pharmaceutiques.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Cet amendement est pleinement satisfait par l'article 7 sexies, introduit en commission par un amendement très similaire. Je suggère donc son retrait ; à défaut, mon avis sera défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Retirez-vous l'amendement, madame Valentin ?

Mme Isabelle Valentin. Oui, monsieur le président.

(L'amendement n^o 1718 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Janvier, pour soutenir l'amendement n^o 1883.

Mme Caroline Janvier. Il vise à ce que la compétence des infirmières en matière de pharmacovigilance soit reconnue dans le domaine législatif, alors qu'elle ne l'est actuellement que dans le domaine réglementaire. Cela permettrait de diminuer le nombre d'hospitalisations voire de décès liés à la iatrogénie, autrement dit aux effets indésirables provoqués par les médicaments eux-mêmes.

Ces effets constituent la première cause d'hospitalisation chez les plus de soixante-cinq ans. L'enjeu est donc important, surtout dans un contexte de vieillissement de la population et de « chronicisation » des maladies. De plus en plus de patients auront en effet à suivre des ordonnances où sont prescrits plus d'une dizaine de médicaments par jour.

Une telle mesure serait également source d'économies, puisque le gaspillage de médicaments, on le sait, coûte plusieurs milliards d'euros à l'assurance maladie.

Outre son intérêt économique, cet amendement, je le répète, est surtout important pour la reconnaissance de la place des infirmières dans le système de santé.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'article R. 4311-2 du code de la santé publique donne déjà aux infirmières la compétence dont vous parlez, madame Janvier. Votre amendement étant donc satisfait, j'en suggère le retrait ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

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

Mme Caroline Janvier. Non, car il n'est en réalité pas satisfait : comme je l'indiquais, la mesure figure bien dans le code de la santé publique, mais il est seulement codifié par décret, à l'article R. 4311-2. Je souhaite élever cette mesure au niveau législatif afin de pérenniser et d'amplifier la reconnaissance des compétences des infirmières.

(L'amendement n° 1883 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n°s 77, 76, 152, 919, 1205 et 1882, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 76, 152 et 919 sont identiques.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 77.

M. Bernard Perrut. Depuis dix ans, les infirmières et infirmiers vaccinent contre la grippe sans prescription médicale préalable les personnes fragiles, à l'exception des primo-vaccinés. Lors de la dernière campagne de vaccination, ce sont plus d'1 million de personnes qui ont pu être vaccinées ainsi. La loi avait prévu que l'infirmière puisse revacciner la population adulte, mais le décret d'application a été beaucoup plus restrictif.

Plusieurs questions se posent aujourd'hui. Pourquoi avoir limité la mesure à la grippe, alors que les compétences requises sont les mêmes pour toute vaccination ? Pourquoi l'avoir circonscrite aux personnes âgées et aux malades chroniques ? Pourquoi, si l'infirmière est compétente pour les plus fragiles, ne le serait-elle pas pour les personnes qui vont bien ? Pourquoi ne peut-elle vacciner également l'entourage de la personne âgée ?

On le sait, les adultes en bonne santé viennent assez facilement dans les cabinets libéraux pour y être vaccinés. En outre, le coût de la prise en charge de la vaccination par une infirmière est limité, d'où son intérêt pour l'assurance maladie.

Ne faudrait-il donc pas réfléchir, madame la ministre, à l'extension de la possibilité légale de vaccination par les infirmiers, puisqu'ils ont déjà la compétence pour vacciner ? L'extension du champ de la prescription pourrait également concerner, comme il en a été question au cours du débat, les solutions antiseptiques indispensables à la désinfection des tissus lors de la pose ou de la dépose des dispositifs médicaux que les infirmiers peuvent déjà prescrire, ainsi que les compléments alimentaires, les lits médicaux et les tire-lait.

Telles sont les raisons qui pourraient motiver l'extension des compétences des infirmières et infirmiers, dans le cadre d'une réglementation qui reste à définir.

M. le président. Peut-on considérer que vous venez également de défendre l'amendement n° 76, monsieur Perrut ?

M. Bernard Perrut. Oui, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 152.

Mme Isabelle Valentin. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n° 919.

M. Yannick Favennec Becot. Comme vient très bien de le dire notre collègue Bernard Perrut, les infirmières possèdent les compétences requises pour vacciner. Notre amendement vise donc tout simplement à étendre la possibilité légale de vaccination par les infirmiers. Ainsi pourront-ils procéder sans prescription médicale à la vaccination de l'ensemble des adultes, à l'exception de la primo-injection, selon des modalités et conditions de réalisation qui seront fixées par décret en Conseil d'État pris après avis du Haut Conseil de la santé publique.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1205.

M. Jean-Pierre Door. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Janvier, pour soutenir l'amendement n° 1882.

Mme Caroline Janvier. Je vais compléter ces propos. Il serait en effet intéressant d'étendre les compétences des infirmières en matière de vaccination et surtout le public au profit duquel elles peuvent intervenir. On sait que les infirmières assurent un très bon maillage territorial – plus de 100 000 d'entre elles exercent en libéral. Elles sont donc un bon interlocuteur s'agissant de la vaccination.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur cette série d'amendements ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Depuis l'entrée en vigueur du décret n° 2018-805 du 25 septembre 2018 relatif aux conditions de réalisation de la vaccination antigrippale par un infirmier ou une infirmière, ces derniers peuvent pratiquer des primo-vaccinations. Ces amendements constitueraient donc un recul plutôt qu'une avancée ; je ne crois pas que ce soit l'objectif de leurs auteurs. J'en propose donc le retrait ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous sommes tout à fait d'accord quant au fond, mais la forme des amendements me pose problème.

Nous estimons nous aussi qu'il faut étendre les possibilités de vaccination par les infirmières. À cette fin, j'ai saisi l'année dernière la Haute Autorité de santé pour qu'elle m'adresse des recommandations concernant l'extension de la possibilité de vacciner à d'autres professions de santé que les médecins – il s'agissait des infirmières et des sages-femmes.

En pratique, les amendements aboutiraient à réduire les possibilités vaccinales que nous avons ouvertes cette année aux infirmiers. Nous avons notamment autorisé ces derniers à administrer la primo-vaccination contre la grippe, ce qui leur est refusé ici.

Quant à l'accès à la prescription d'antiseptiques, nous l'avons voté en adoptant un amendement antérieur.

Je propose donc le retrait des amendements, faute de quoi mon avis sera défavorable.

(L'amendement n° 77 n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n°s 76, 152 et 919 ne sont pas adoptés.)

(Les amendements n°s 1205 et 1882, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne, pour soutenir l'amendement n° 454.

Mme Sereine Mauborgne. Il tend à permettre aux infirmières de programmer jusqu'à la guérison les soins liés au traitement local des plaies locales chroniques. La prévalence des plaies chroniques est de 2 millions en France. Les soins des plaies aiguës ou chroniques impliquent une prise en charge longue, continue, souvent complexe et coûteuse. Le rythme de renouvellement des pansements doit s'adapter à l'évolution des traitements. La multiplication des ordonnances établies par les médecins induit un surcoût lors du traitement des dossiers par la sécurité sociale et ralentit la prise en charge. Il est souhaitable que les infirmières soient plus autonomes dans le traitement des plaies chroniques, pour lesquelles elles pourraient remplir elles-mêmes le dossier médical partagé du patient en communiquant les informations au médecin généraliste.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La question des plaies chroniques est très spécifique, et je ne sais pas s'il est absolument nécessaire de la traiter dans la loi.

Les infirmiers jouent déjà un rôle essentiel dans la gestion de ces plaies, mais il ne me paraît ni nécessaire ni souhaitable de supprimer entièrement l'intervention du médecin dans ce contexte; or c'est ce qu'induit l'amendement.

En outre, les infirmières de pratique avancée vont pouvoir jouer le rôle de coordinateur dans un cadre déterminé.

Si je comprends tout à fait l'idée à l'origine de l'amendement, il est également possible de recourir au protocole de coopération, dispositif que nous avons simplifié en commission et qui se prêterait bien au cas d'espèce.

L'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. La problématique de soins soulevée par le traitement des plaies chroniques nécessite effectivement un exercice coordonné afin d'en garantir le suivi efficace pour une cicatrisation optimale. Dans ce cadre, médecins et infirmiers agissent en « pluriprofessionnalité » auprès des patients. Le renouvellement des pansements non médicamenteux est déjà autorisé à l'infirmier, en toute autonomie et sans prescription médicale. Quant à la réfection des pansements médicamenteux pour des plaies chroniques, l'infirmier réalise les soins sur prescription médicale renouvelable.

L'amendement tend à inscrire dans la loi un principe de prescription annuelle afin d'accroître l'autonomie de l'infirmier, mais cela exclurait les prescriptions d'une durée infra-annuelle, ce qui n'est manifestement pas votre souhait.

Actuellement, la liberté est laissée au prescripteur de définir pour chaque situation, dans le cadre de sa collaboration avec l'infirmier, la durée de la prescription. Il peut tout à fait établir une prescription d'une durée de six mois renouvelable. Ainsi, l'inscription dans la loi d'une prescription annuelle rigidifierait une possibilité déjà ouverte.

En outre, nous travaillons à des financements forfaitaires des épisodes de soins complexes; c'est exactement de cela qu'il s'agit dans l'amendement. Nous allons favoriser la

description de tels épisodes de soins, incluant les actes infirmiers nécessaires, afin de prévoir des financements différents du financement à l'acte.

Je demande donc le retrait de l'amendement; sinon, j'en demanderai le rejet.

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. Merci de votre explication, madame la ministre. Je retire mon amendement. Nous nous attacherons à développer les coopérations dans les CPTS, les communautés professionnelles territoriales de santé.

(L'amendement n° 454 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 756 rectifié.

Mme Geneviève Levy. Il vise à permettre d'expérimenter la désignation d'infirmières ou infirmiers référents, professionnels à part entière formant avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant un trio efficace autour du patient. Déjà mise en œuvre dans plusieurs pays d'Europe, la mesure représenterait une étape non négligeable dans l'évolution de notre système de soins vers une meilleure coordination et davantage de complémentarité dans le suivi des personnes.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous proposez – nous en avons parlé en commission – la création d'un statut d'infirmier référent.

Mme Geneviève Levy. Son expérimentation !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Depuis 2004, le médecin traitant est au cœur du parcours de soins du patient et constitue son référent principal. Je le crois plus à même de s'intégrer comme le pivot des équipes de soins primaires, avec les pharmaciens, les infirmiers et l'ensemble des professionnels de premier recours. Dans ces conditions, je ne pense pas que la création d'un statut d'infirmier référent améliorerait le suivi du patient. Il est préférable de mieux travailler sur la coordination clinique dans le cadre de la pratique avancée, déjà bien définie, en attendant l'arrivée des premières infirmières de pratique avancée, qui auront très bientôt achevé leur formation. L'avis est donc défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

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

M. Jean-Paul Lecoq. Madame la ministre ou monsieur le rapporteur auraient-ils des informations sur le nombre de nos concitoyens qui ne peuvent pas avoir de médecin traitant faute de médecins? Sur mon territoire, ils sont très nombreux: lorsqu'un médecin part à la retraite, aucun confrère ne veut reprendre sa patientèle, de sorte que des centaines de patients se retrouvent sans médecin traitant. Comment cela se passe-t-il dans ce cas? Disposez-vous de statistiques à ce sujet?

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ces personnes représentent 8,7 % des affiliés à la sécurité sociale de plus de seize ans, monsieur Lecoq. Nous allons essayer de réduire ce taux,

notamment grâce aux CPTS, dont les missions de responsabilité territoriale incluront le soin de trouver un médecin traitant aux affiliés.

M. Jean-Paul Lecoq. Et la participation d'1 euro, elle est maintenue? Les gens ne peuvent pas voir de médecin traitant, mais ils paient 1 euro par acte!

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il existe une dérogation : la sécurité sociale ne leur fait pas payer la participation d'1 euro s'ils expliquent qu'ils ne trouvent pas de médecin traitant. Dans ce cas, un numéro fictif de médecin traitant générique leur est attribué pour éviter de leur faire payer cette participation.

M. Jean-Paul Lecoq. Merci, madame la ministre : il est bon que les gens entendent cette information, car ils ne sont pas tous au courant...

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous avez raison.

(L'amendement n° 756 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Janvier, pour soutenir l'amendement n° 1884 rectifié.

Mme Caroline Janvier. L'idée est la même que dans l'amendement précédent : créer un statut d'infirmière référente pour garantir le suivi du parcours de soins des patients, notamment en faisant le lien entre l'hôpital et la ville, et entre le sanitaire et le médico-social, selon une logique de parcours personnalisé.

On sait que les infirmières représentent la première profession médicale, riche de plus de 600 000 professionnels, et assurent un bon maillage du territoire. Elles font partie des seuls soignants qui se rendent encore au domicile des patients.

Je ne crois pas que les infirmières référentes seraient en concurrence avec les médecins référents. Au contraire, les deux entreraient en complémentarité, ce qui serait un bon remède à l'engorgement actuel de notre système de soins, notamment pour les patients en perte d'autonomie ou porteurs d'une maladie chronique, à qui il serait sans doute plus facile de désigner une infirmière référente qu'un médecin référent.

(L'amendement n° 1884 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Marine Brenier, pour soutenir l'amendement n° 336.

Mme Marine Brenier. Dans le cadre des travaux que j'ai menés sur la prise en charge de la douleur, en travaillant avec des spécialistes, j'ai pris conscience que celle-ci pose problème pour le quotidien. C'est pourquoi je propose de modifier un article de la partie législative du code de la santé publique – vous comprenez certainement pourquoi je fais référence à cette partie... Il s'agit de permettre aux infirmiers de renouveler les prescriptions datant de moins d'un an d'antalgiques de niveau 1.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Chère collègue, je vois très bien pourquoi vous évoquez le caractère législatif de cette disposition!

Il s'avère que, par un amendement adopté en commission, nous avons autorisé les pharmaciens à renouveler certaines ordonnances et à adapter les posologies. Cette disposition offre un accès aux soins supplémentaire, susceptible de satisfaire votre demande.

De plus, l'article 7 bis, résultant de l'adoption par la commission de plusieurs amendements, donne aux infirmiers d'État des prérogatives supplémentaires pour moduler et adapter les posologies de certains traitements, notamment ceux qui sont surveillés par voie de prise de sang.

L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous allons maintenant examiner des amendements relatifs aux prérogatives et aux compétences des infirmiers de pratique avancée. Si nous les inscrivons dans la loi, il ne sert plus à rien, d'une certaine façon, d'adopter des pratiques avancées. Si nous élargissons considérablement, au sein du projet de loi, par adoption d'amendements successifs, le champ des compétences des infirmiers et des infirmières – comme nous l'avons partiellement fait aujourd'hui et hier, et comme nous continuons à le faire –, devenir infirmier de pratique avancée ne présentera plus aucun intérêt.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales. C'est vrai.

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est pourquoi nous sommes défavorables à l'amendement. La formation vient de débiter. Je me suis beaucoup battue pour qu'elle ait vraiment lieu, avec la définition de compétences nouvelles. Ne détruisons pas ce que nous avons construit.

(L'amendement n° 336 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de onze amendements, n°s 78, 138, 144, 241, 383, 558, 755, 914, 1567, 1710 et 1206, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 78, 138, 144, 241, 383, 558, 755, 914, 1567 et 1710 sont identiques.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 78.

M. Bernard Perrut. Il porte sur les conditions d'exercice des infirmières et infirmiers, piliers du collectif d'exercice coordonné de proximité. La reconnaissance de leur rôle de professionnels s'impose.

Or le cadre légal de l'exercice infirmier s'avère trop rigide. Certains actes médicaux, conditionnés par les textes de loi à l'existence d'une prescription préalable d'un médecin, sont très souvent, en pratique, réalisés sans prescription par l'infirmier, qui en informe le médecin.

Madame la ministre, ne faut-il pas assouplir le cadre légal d'exercice des infirmiers, afin qu'ils puissent prescrire, par exemple, les examens de contrôle d'un patient diabétique, certains antalgiques ou l'usage de produits antiseptiques? Au demeurant, plusieurs recommandations en ce sens ont été formulées, notamment dans le récent rapport public annuel de la Cour des comptes sur les urgences.

L'amendement vise à offrir une simplification aux professionnels et une efficacité accrue aux patients, tout en étant une source potentielle d'économies pour l'assurance maladie.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 138.

M. Gilles Lurton. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n° 144.

M. Jean-Carles Grelier. J'interviens au nom de notre collègue Viry, qui n'a pas pu être présent ce soir. Cet amendement vise à élargir le champ de compétences des infirmiers, s'agissant notamment de la prise en charge de la douleur. Dans vos deniers propos, madame la ministre, j'ai toutefois cru comprendre que vous donnerez un avis défavorable...

M. le président. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 241.

M. Pascal Brindeau. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Marine Brenier, pour soutenir l'amendement n° 383.

Mme Marine Brenier. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 558.

M. Jean-Pierre Door. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Alain Ramadier, pour soutenir l'amendement n° 755.

M. Alain Ramadier. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n° 914.

M. Yannick Favennec Becot. La structuration des soins de proximité et la constitution d'un collectif de soins autour du patient sont les principaux objectifs du présent projet de loi, madame la ministre. Or les infirmiers constituent l'un des piliers du collectif d'exercice coordonné de proximité. Le rôle des professionnels de santé et l'étendue de leur champ de compétences, qui sont définis par la loi, doivent être souples afin de répondre aux besoins des patients. En effet, certains actes médicaux, conditionnés dans les textes à l'existence d'une prescription préalable d'un médecin, sont en pratique réalisés, en l'absence de prescription, par l'infirmier, qui en informe le médecin. Notre amendement vise tout simplement à assouplir le cadre légal d'exercice des infirmiers. Il s'agit d'une mesure de simplification.

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne, pour soutenir l'amendement n° 1567.

Mme Sereine Mauborgne. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 1710.

Mme Isabelle Valentin. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1206.

M. Jean-Pierre Door. Défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur cette série d'amendements ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Chers collègues, vos amendements ouvrent aux infirmiers un droit de prescription très large, étendu aux médicaments, aux dispositifs médicaux et à certains produits et prestations. Il est d'autant plus large que vous proposez de supprimer la prescription médicale mentionnée à l'article L.4311-1 du code de la santé publique.

Les infirmiers sont des piliers de notre système de santé, leur rôle est crucial, nous avons eu l'occasion de l'évoquer à plusieurs reprises, dans cet hémicycle comme en commission, la semaine dernière. Pour autant, si nous supprimons la prescription médicale préalable, nous faisons reposer l'intégralité de la responsabilité sur leurs épaules. Même si je sais qu'ils font beaucoup de choses faute d'un nombre suffisant de médecins, tout faire reposer sur leurs épaules n'est probablement pas une réponse à la désertification médicale.

L'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il s'agit d'un sujet important, ayant suscité de nombreux amendements, ce qui prouve qu'il existe une véritable volonté d'agir. Je comprends tout à fait la volonté d'élargir le champ des compétences des infirmiers. Nous leur avons déjà permis de prescrire des substituts nicotiques remboursés par la sécurité sociale. Nous avons élargi à la primo-vaccination leurs responsabilités vaccinales, et j'ai saisi la Haute Autorité de santé pour aller bien au-delà. Nous avons, dans le présent projet de loi, permis la prescription par les infirmiers de solutions antiseptiques et de sérum physiologique, ainsi que l'adaptation des traitements.

Si nous allons trop loin, nous détruirons totalement le progrès que représente l'instauration de la pratique infirmière avancée, qui est enseignée dans le cadre d'un master. Je crois qu'au-delà de certaines compétences, une formation spécifique est nécessaire. Le master en pratique avancée permettra aux infirmiers et aux infirmières d'acquérir des compétences supplémentaires.

Il faut, me semble-t-il, s'inscrire dans l'idée que plus nous allons loin dans la loi, moins il y aura d'intérêt à obtenir un diplôme de pratique avancée. Or la formation dispensée au cours de ces deux années est nécessaire. C'est pourquoi j'émetts un avis défavorable sur ces amendements.

(Les amendements identiques n° 78, 138, 144, 241, 383, 558, 755, 914, 1567 et 1710 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n° 1206 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de huit amendements, n° 229, 525, 547, 745, 819, 2014, 673 et 326, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 229, 525, 547, 745, 819 et 2014 sont identiques.

La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 229.

Mme Bérengère Poletti. Madame la ministre, il est un autre combat intéressant à mener et au sujet duquel j'aimerais vous entendre : l'allaitement maternel, qui recouvre plusieurs objectifs, notamment la santé de l'enfant et la liberté des femmes.

En tant que parlementaires, nous devons permettre aux professionnels d'accompagner le mieux possible les femmes ayant choisi d'allaiter, notamment s'il s'agit de leur premier enfant, car cela nécessite un accompagnement renforcé, avec la mise à disposition de matériel et de sessions de soutien.

Cet amendement vise à faire en sorte, sauf en cas de contre-indication du médecin, que l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puériculture – c'est-à-dire, en général, le professionnel de santé accompagnant les femmes qui allaitent – puisse prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixerait la liste des dispositifs médicaux concernés.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 525.

Mme Isabelle Valentin. Cet amendement, dont Nadia Ramassamy est la première signataire, vise à inscrire dans le code de la santé publique la possibilité de prescription en matière d'allaitement maternel, afin de promouvoir celui-ci en France. En effet, d'après l'enquête nationale périnatale menée en 2016, il diminue de façon inquiétante. Sa promotion nécessite d'ouvrir la prescription, au-delà du seul tire-lait, aux dispositifs complémentaires de soutien à l'allaitement. En effet, le soutien à l'allaitement ne passe pas seulement par le recours au tire-lait.

Dans le cadre d'une perspective d'évolution de la prescription de tels dispositifs par les infirmières puéricultrices, il apparaît nécessaire de légiférer sur la base des dispositifs de soutien à l'allaitement et de renvoyer au pouvoir réglementaire le soin de définir précisément les dispositifs concernés, par le biais d'un arrêté ministériel.

M. le président. La parole est à Mme Michèle Peyron, pour soutenir l'amendement n° 547.

Mme Michèle Peyron. Afin de compléter les propos de notre collègue Poletti, j'évoquerai la mission d'évaluation de la politique de protection maternelle et infantile, que m'a confiée l'été dernier Mme la ministre des solidarités et de la santé, sur la base d'un décret de M. le Premier ministre. Dans ce cadre, j'ai rencontré un certain nombre d'infirmières puéricultrices, lesquelles sont directement en contact avec les mamans lors des pesées du nourrisson, dans les centres de PMI – protection maternelle et infantile – ou lors des visites à domicile. Lors de ces rencontres avec les parents, la puéricultrice prodigue beaucoup de conseils, notamment au sujet de l'alimentation du bébé. Il semble donc logique de leur permettre de prescrire les dispositifs de soutien à l'allaitement.

En outre, l'article R. 4311-13 du code de la santé publique, qui énumère les actes dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice, mentionne « la surveillance du régime alimentaire du nourrisson ». Ce diplôme est délivré aux infirmières et aux sages-femmes qui ont validé une formation spécifique.

À l'heure actuelle, seules les sages-femmes ont l'autorisation de prescrire les tire-lait. Il s'agit ici d'étendre la possibilité de prescription aux infirmières puéricultrices.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 745.

M. Jean-Pierre Door. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 819.

M. Gilles Lurton. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 2014.

M. Pierre Dharréville. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 673.

M. Pascal Brindeau. Sa rédaction est quasi identique à celle des amendements précédents.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 326.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il présente l'intérêt de s'inscrire dans le cadre de la pratique avancée et, en même temps, de la prévention. L'allaitement est en effet l'une des premières mesures de prévention. On parle beaucoup de l'alimentation du nourrisson ; or sa première alimentation est le lait maternel.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur cette série d'amendements ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Chers collègues, même si je comprends tout à fait l'intention de vos amendements, après expertise juridique, je ne partage pas tout à fait votre point de vue.

L'article L. 4311-1 dispose déjà qu'« un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers [...] peuvent prescrire ». Selon moi, il n'est pas nécessaire d'apporter de nouvelles précisions, ni pour les puéricultrices ni pour les dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Ces amendements me semblent satisfaits ; l'avis est donc défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cette proposition est certes intéressante. Nous avons la conviction – c'est d'ailleurs prouvé scientifiquement – qu'il faut favoriser l'allaitement maternel, pour les femmes qui le souhaitent évidemment, car c'est la meilleure alimentation possible du nourrisson. Sur le fond, on ne peut donc qu'être favorable à l'ouverture de la possibilité pour les infirmiers puériculteurs de prescrire des dispositifs.

Toutefois, ces professionnels exercent presque exclusivement en secteur hospitalier et donc de façon conjointe avec des sages-femmes, des obstétriciens et des pédiatres ; quelques-uns exercent en PMI mais ils ont alors, comme à l'hôpital, des médecins à leurs côtés. Il existe je crois, dans notre pays, moins d'une centaine de puériculteurs libéraux en France. Cet amendement ne faciliterait donc pas l'accès aux soins – on ne rencontre pas de difficultés aujourd'hui pour obtenir une prescription de ces dispositifs.

Nous avons par ailleurs la possibilité – et nous y recourons – de définir par arrêté la liste des dispositifs médicaux autorisés à la prescription par les infirmiers et les infirmières, donc également par les puériculteurs et les puéricultrices. Je vous propose que le ministère envisage d'élargir cette liste aux dispositifs qui aident à l'allaitement.

Il n'est pas nécessaire d'inscrire cette disposition dans la loi, dont le but est principalement de faciliter l'accès aux soins pour nos concitoyens. Je vous propose de retirer les amendements ; à défaut, j'y serais défavorable. Mais je m'engage formellement à vérifier que la liste des dispositifs médicaux qui peuvent être prescrits par les puériculteurs évolue.

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

Mme Bérengère Poletti. Je suis heureuse, madame la ministre, de vous entendre dire que l'allaitement maternel est la meilleure alimentation du nourrisson. C'est tout bête, mais il faut sans cesse le réaffirmer et toujours soutenir les femmes qui ont décidé d'allaiter, tout en respectant évidemment celles qui ne l'ont pas souhaité.

Je vous fais entièrement confiance et je retire mon amendement.

M. le président. Les autres amendements sont-ils également retirés ?

Mme Isabelle Valentin. Oui, monsieur le président.

Mme Michèle Peyron. Oui.

M. Jean-Pierre Door. Je retire également le mien.

M. Gilles Lurton. Moi aussi.

M. Pierre Dharréville. Moi aussi.

M. Pascal Brindeau. Également.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Oui.

(Les amendements n^{os} 229, 525, 547, 745, 819, 2014, 673 et 326 sont retirés.)

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne, pour soutenir l'amendement n^o 458.

Mme Sereine Mauborgne. Il s'agit d'un amendement d'appel, qui sera retiré si Mme la ministre ne l'approuve pas.

Il vise à faire reconnaître les infirmières titulaires d'un diplôme universitaire en plaies et cicatrisation comme des infirmières de pratique avancée. Elles pourraient apporter beaucoup, notamment aux petits hôpitaux locaux.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je comprends cet amendement comme une demande de réflexion globale sur le décret relatif aux compétences des infirmiers. À mon niveau, je vous propose de le retirer ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends cet amendement d'appel, madame Mauborgne. Vous avez raison, la compétence en matière de plaies aiguës ou chroniques est en effet essentielle, l'existence même de DU spécifiques le montre.

Malheureusement, le DU ne suffit pas pour faire reconnaître une compétence autonome. La prescription des produits nécessaires pour le soin des plaies relève du médecin prescripteur ; dans le cadre de la coopération entre les professionnels, nous l'avons dit tout à l'heure, il peut établir une prescription pour six mois renouvelables. Nous travaillons, je l'ai dit aussi, sur ce forfait de prise en

charge ainsi que sur l'amélioration des coopérations et sur l'autonomie des infirmiers et des infirmières, notamment lorsque les patients sont atteints de pathologies chroniques.

Votre proposition s'inscrit donc dans la démarche que nous développons. J'entends votre demande de reconnaissance de la spécificité de la compétence en matière de plaies et nous allons y travailler. Je ne peux toutefois pas donner un avis favorable à votre amendement.

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. Madame la ministre, peut-être cette compétence pourra-t-elle faire l'objet de l'une des inscriptions particulières au registre de l'Ordre que nous avons votées – nous avons précisé que les compétences de chaque infirmière y figureraient. Ce pourrait être un bon début.

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est une bonne idée.

Mme Sereine Mauborgne. Je retire mon amendement.

(L'amendement n^o 458 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne, pour soutenir l'amendement n^o 457.

Mme Sereine Mauborgne. Cet amendement tend à expérimenter des consultations que je qualifierais « de premier recours », mais cela n'entre pas du tout dans le cadre du statut d'IPA – infirmière de pratique avancée.

Je prends un exemple très simple. Un lundi matin à neuf heures, un patient ne va pas bien à son domicile ; la famille ou l'aide-ménagère constate que son état s'est dégradé depuis la veille. On appelle le médecin généraliste, qui est évidemment surchargé le lundi matin. Il peut alors demander à l'infirmière d'avancer son passage, ce qu'elle fait dans 98 % des cas. Elle reste alors une demi-heure au domicile du patient pour débayer un peu le terrain, différer une hospitalisation, établir quelques examens sur demande du médecin au téléphone, démarrer éventuellement un traitement. Le but est évident : économiser du temps médical et faire faire des économies à la sécurité sociale. L'idée est de reconnaître que cette consultation, réalisée en lien avec le médecin généraliste, fait partie des premiers recours, afin d'éviter l'hospitalisation des malades chroniques, que l'on sait extrêmement coûteuse pour notre système de santé.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je comprends à la fois votre demande et votre inquiétude. À mon sens, cette présence forte chez des patients atteints de pathologies chroniques s'inscrit parfaitement dans la mission des infirmières de pratique avancée, car ce sont des situations complexes, qui nécessitent une analyse et une présence.

Ouvrir cette possibilité de consultation de premier recours aux infirmiers libéraux n'irait pas sans poser des questions de rémunération mais aussi de responsabilité. Pour avoir suivi une infirmière pendant toute une journée dans ma circonscription – expérience particulièrement instructive que je vous recommande à tous –, je sais que les infirmiers et les infirmières portent déjà un lourd poids sur leurs épaules, même s'ils n'obtiennent pas pour cela toute la reconnaissance qu'ils méritent. Une telle évolution ne pourra se faire qu'en repensant plus globalement le métier d'infirmier, notamment les compétences et la rémunération.

Pour toutes ces raisons, l'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame Mauborgne, nous avons constitué un large cadre permettant des expérimentations. Cette loi en proposera un second.

Nous n'avons pas, à mon sens, besoin d'inscrire votre proposition spécifique dans la loi ; elle peut tout à fait s'inscrire dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui permet déjà largement l'expérimentation de coopérations.

Par ailleurs, je vous proposerai tout à l'heure de voter une simplification des protocoles de coopération entre médecins et autres professionnels de santé. Ces protocoles permettront, dans un cadre soit national soit local, d'expérimenter ce genre de dispositifs.

Je vous propose de retirer l'amendement ; à défaut, j'y serais défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. L'amendement est retiré. Je vous remercie de ces précisions, madame la ministre.

Monsieur le rapporteur, les premières IPA libérales, c'est pour 2021, voire 2022, alors que ces consultations existent déjà.

(L'amendement n° 457 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 251.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je le retire.

(L'amendement n° 251 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n° 377, 1119 et 1702.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 377.

M. Gilles Lurton. Cet amendement – auquel Jean-Claude Bouchet, son premier signataire, tient beaucoup – a pour objectif de mettre en cohérence la terminologie employée par la loi avec la possibilité offerte aux masseurs-kinésithérapeutes de prescrire des substituts nicotiques. Ceux-ci ne sont pas des dispositifs médicaux, mais des médicaments à base de nicotine appartenant au champ plus large des produits de santé.

Il vise également à faciliter l'accès des patients aux soins en élargissant le périmètre du droit de prescription du masseur-kinésithérapeute. Cette mesure permettrait de libérer du temps médical, d'éviter certains déplacements superflus et d'améliorer l'efficacité de l'équipe de soins, en raison de la fréquence des contacts avec le patient. Un tel droit de prescription élargi existe d'ores et déjà dans d'autres pays européens.

Cette mesure serait cohérente avec l'évolution de la profession, son haut niveau de formation initiale et ses responsabilités dans l'équipe de soin. Les masseurs-kinésithérapeutes sont des professionnels indépendants, autonomes, libres du choix des actes et des techniques dans le cadre de la dispensation des soins, notamment depuis la réforme de leur forma-

tion en 2015 – ils sont maintenant diplômés après cinq années d'études supérieures et l'obtention de 300 unités de valeur.

M. le président. La parole est à Mme Marine Brenier, pour soutenir l'amendement n° 1119.

Mme Marine Brenier. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 1702.

Mme Isabelle Valentin. Déterminante pour la santé publique, la filière visuelle est confrontée à un ensemble de tensions qui fragilisent l'accès aux soins des Français.

Les opticiens-lunetiers représentent la profession paramédicale dont la démographie est la plus dynamique, comptant 35 719 diplômés au 1^{er} janvier 2017. Si cette profession est accessible avec un diplôme de niveau bac+2, près de 2 000 opticiens sont titulaires d'une licence professionnelle de sciences de la vision. Par ailleurs, certaines universités proposent des formations complémentaires de niveau bac+5 ainsi qu'un diplôme européen d'optométrie.

Dans ce contexte, afin de permettre aux opticiens de s'adapter aux évolutions sanitaires, sociales et technologiques, et pour une meilleure prise en charge des patients, le présent amendement vise à faire évoluer le cadre de formation des opticiens-lunetiers.

Il propose d'établir, à la place d'un brevet, un diplôme d'État de niveau licence, pour permettre aux opticiens-lunetiers de s'inscrire dans le cadre du système européen licence-master-doctorat. Ce nouveau diplôme permettrait de faciliter les évolutions de carrière des opticiens-lunetiers et de définir plus clairement leurs perspectives professionnelles avec la possibilité, à terme, d'élargir leurs compétences et d'accéder à une formation supérieure de niveau bac+5.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Madame Valentin, je crois que vous avez pris un peu d'avance : ces amendements-ci portent sur les kinésithérapeutes...

S'agissant en tout cas de ces derniers, les présents amendements tendent à leur permettre de prescrire des produits de santé, terme très large, qui englobe notamment l'ensemble des médicaments, ce qui me semble excessif. L'avis sera donc plutôt défavorable.

Quant au statut des kinésithérapeutes, je rappelle que nous avons adopté ce matin un amendement, déposé par les groupes MODEM et LaREM, qui favorisera l'exercice mixte – ville et hôpital – des kinésithérapeutes. C'est là, je crois, une véritable avancée.

(Les amendements identiques n° 377, 1119 et 1702, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n° 1035, 1881, 1911, 1039, 1202 et 1666, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 1035, 1881 et 1911 sont identiques, de même que les amendements n° 1039, 1202 et 1666.

La parole est à M. Benoit Potterie, pour soutenir l'amendement n° 1035.

M. Benoit Potterie. Dans le cadre d'un renouvellement, il entend donner la possibilité aux orthoptistes d'adapter les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs ou de lentilles de contact, sauf si le médecin s'y oppose. Cette disposition ne concernerait que les patients déjà suivis par un orthoptiste qui, lors d'une séance d'orthoptie, identifierait une inadéquation de l'appareillage optique du patient. Le niveau réglementaire précisera les conditions de l'adaptation.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Janvier, pour soutenir l'amendement n° 1881.

Mme Caroline Janvier. Pour faire face à la diminution importante du nombre d'ophtalmologistes, il s'agit effectivement de permettre aux orthoptistes comme aux opticiens-lunetiers d'adapter les prescriptions médicales initiales, dans le seul cadre d'un renouvellement.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 1911.

M. Paul Christophe. Il s'agit de donner la possibilité aux orthoptistes d'adapter les corrections optiques des patients, selon les mêmes critères et conditions que les opticiens-lunetiers. Si les orthoptistes peuvent aujourd'hui réaliser un bilan visuel dans le cadre du renouvellement ou de l'adaptation des corrections optiques, ils sont tenus de demander aux médecins prescripteurs de rédiger l'ordonnance correspondant au diagnostic orthoptique. Cette disposition est source de complications et de coûts inutiles, qui pourraient être évités, la formation des orthoptistes permettant largement à ceux-ci d'assurer le renouvellement ou l'adaptation des équipements optiques.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2018, la Cour des comptes a pointé les difficultés d'accès aux soins dans la filière visuelle, liées au déclin de la démographie des ophtalmologistes. Une récente étude de la DREES – la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – indiquait d'ailleurs que les délais d'attente chez les ophtalmologistes sont parmi les plus longs. De plus, les difficultés d'accès aux soins visuels résultent des coûts trop importants du secteur.

Aussi, outre qu'elle désengorgerait les cabinets d'ophtalmologie, la mesure proposée serait source d'économies pour l'assurance maladie, puisque les actes des orthoptistes sont moins coûteux que ceux des ophtalmologistes.

M. le président. La parole est à M. Didier Martin, pour soutenir l'amendement n° 1039.

M. Didier Martin. Il a pour objectif de donner la possibilité aux orthoptistes de renouveler ou adapter les corrections optiques de leurs patients, dans les mêmes conditions que les opticiens-lunetiers. L'extension du champ d'activité des orthoptistes permettrait d'améliorer l'accès aux soins visuels et de désengorger les cabinets d'ophtalmologie, tout en réduisant les coûts de la santé visuelle.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1202.

M. Jean-Pierre Door. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1666.

Mme Gisèle Biémouret. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur cette série d'amendements ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Ces amendements avaient donné lieu à des débats nourris, en commission, la semaine dernière. En vous remerciant d'en avoir modifié la rédaction, je donnerai un avis favorable aux amendements n°s 1035 et identiques.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ces amendements sont intéressants. Comme nous l'avons déjà annoncé, nous avons prévu de lancer une mission sur la filière visuelle dans le cadre du plan « 100 % santé », afin de revoir les compétences de tous les professionnels.

En attendant, il est effectivement nécessaire d'aligner le droit des orthoptistes sur celui des opticiens, qui bénéficient déjà de la possibilité de renouveler des ordonnances. Nous donnerons donc un avis favorable sur les amendements n°s 1035 et suivants, dont la mission sur la filière visuelle complètera les dispositions.

(Les amendements identiques n°s 1035, 1881 et 1911 sont adoptés; en conséquence, les amendements n°s 1039, 1202 et 1666 tombent.)

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 630.

M. Paul Christophe. Il est défendu.

(L'amendement n° 630, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Josette Manin, pour soutenir l'amendement n° 1667.

Mme Josette Manin. Il vise à autoriser les opticiens-lunetiers à participer aux actions de prévention et de dépistage visuel à l'école. Selon une étude de la DREES sur la protection maternelle et infantile, 72 % des enfants de trois et quatre ans ont bénéficié d'un bilan de santé en 2012, et 75 %, d'un dépistage visuel. Cela signifie qu'un quart de nos enfants ne bénéficient pas d'un dépistage visuel avant l'entrée en CP, classe déterminante pour l'apprentissage de la lecture et le développement des enfants. Permettre aux opticiens-lunetiers de participer aux actions de prévention et de dépistage visuel à l'école apparaît donc comme une solution pragmatique afin de renforcer l'accès aux soins durant la scolarité.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, nous avons permis que trois des vingt examens obligatoires pour les enfants effectués avant six ans soient de nouveau réalisés entre six et 18 dix-huit ans : ils seront désormais pris en charge à 100 % par l'assurance maladie et bénéficieront du tiers payant.

Le dépistage visuel fait partie de ces examens. À ma connaissance, rien n'empêche les opticiens de participer à ce type d'actions.

L'avis est donc défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Bien que, là encore, le fond de cet amendement soit intéressant, je donnerai un avis défavorable pour des considérations de forme.

En effet, les visites médicales pour les enfants prévoient bien le dépistage obligatoire des troubles visuels. Cependant, même si les opticiens-lunetiers peuvent effectuer un examen de la réfraction, le dépistage et la prévention ne font actuellement pas partie de leurs compétences car ils n'ont pas nécessairement reçu la formation adéquate pour remplir ces missions.

Ces questions seront toutes abordées dans le cadre de la mission sur la filière visuelle, quitte à proposer des formations complémentaires. Elles donneront lieu à une réadaptation des compétences et des formations, qui fera l'objet d'une concertation.

C'est la raison pour laquelle j'émettrai un avis défavorable sur l'amendement. Vous pouvez cependant avoir la certitude que nous avancerons sur ce dossier.

(L'amendement n° 1667 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements, n°s 167, 633, 631 et 632, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 167 et 633 sont identiques.

La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 167.

Mme Isabelle Valentin. Cet amendement, dont la première signataire est ma collègue Émilie Bonnivard, vise à étendre les compétences des opticiens afin d'améliorer la détection et le suivi de certaines pathologies visuelles. Il s'agit de permettre aux opticiens-lunetiers de réaliser les actes préalables au bilan visuel, tout en laissant au médecin la responsabilité de leur interprétation et du diagnostic médical.

Plusieurs projets d'expérimentation, parfois souhaités par des ARS dans des zones sous-denses, sont aujourd'hui bloqués car l'opticien ne peut utiliser ces matériels.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 633.

M. Francis Vercamer. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir les amendements n°s 631 et 632, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

M. Paul Christophe. Défendus !

(Les amendements identiques n°s 167 et 633, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

(Les amendements n°s 631 et 632, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 177.

Mme Isabelle Valentin. Il est défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je suis également défavorable mais je tiens à m'expliquer, monsieur le président. En commission, je m'étais engagée auprès de Mme Firmin Le Bodo à travailler sur ce sujet majeur dans le cadre d'un protocole de coopération, sur lequel nous reviendrons lorsque nous aborderons l'article concerné : il s'agit de simplifier les protocoles de coopération nationaux et régionaux, notamment en rendant prioritaire le dépistage du glaucome.

(L'amendement n° 177 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de six amendements identiques, n°s 80, 127, 180, 832 rectifié, 916 et 1203.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 80.

M. Bernard Perrut. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 127.

M. Gilles Lurton. Défendu également.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 180.

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

M. le président. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 832 rectifié.

Mme Emmanuelle Ménard. Entre fantasme et réalité, la grippe anime chaque hiver l'actualité médicale. Parmi les chiffres, qui vont bon train, l'un a particulièrement retenu mon attention : Santé publique France estime que le nombre de morts évités grâce au vaccin s'élève à environ 2 500 personnes chaque année. Le professeur Boëlle a déclaré avec prudence : « Nous ne disposons pas aujourd'hui de preuve de bonne qualité que la vaccination réduit la mortalité chez les personnes âgées ; cependant, elle évite des infections donc a priori des décès. »

Or il existe actuellement en France 4 716 laboratoires de biologie médicale, qui, si le Gouvernement entendait notre demande, pourrait servir de points d'accès supplémentaires à la vaccination antigrippale.

Par ailleurs, je crois que cette proposition s'inscrit dans la droite ligne du plan « priorité prévention », puisque, selon le Premier ministre, Édouard Philippe, « la prévention doit devenir centrale dans toutes les actions qui visent à améliorer la santé de nos concitoyens ».

L'amendement que je propose pourrait apporter un élément de réponse concret à la problématique de ce plan, d'autant que les laboratoires dont il est question disposent de toutes les compétences et de tous les moyens pour que les vaccinations se déroulent dans les meilleures conditions.

C'est aussi à ceci que sert la médecine de proximité de demain : utiliser tous les moyens dont nous disposons pour que la médecine et les soins puissent être accessibles sur tous nos territoires et pour tous les Français.

M. le président. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 916.

M. Paul-André Colombani. Nous sommes favorables à ce que les 4 716 laboratoires de biologie médicale participent à la vaccination antigrippale. Cela ne ferait que renforcer la couverture vaccinale contre la grippe.

Par ailleurs, les biologistes qui exercent sur ces sites sont déjà formés pour tous les types de prélèvements auprès des patients. Ayant, de plus, acquis une longue expérience dans l'élimination des déchets médicaux, ils ne rencontreraient aucun problème avec la traçabilité des vaccins.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1203.

M. Jean-Pierre Door. Défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur cette série d'amendements ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. 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 Emmanuelle Ménard.

Mme Emmanuelle Ménard. Pourquoi donnez-vous de tels avis alors que nous vous avons expliqué, en long, en large et en travers, l'utilité que pourraient représenter ces possibles points d'accès à la vaccination antigrippale ? Les 4 716 laboratoires de biologie médicale seraient utiles dans votre campagne de vaccination contre la grippe, notamment en tant que points d'accès de proximité pour les personnes âgées, les seniors.

M. le président. La parole est à M. Paul-André Colombani.

M. Paul-André Colombani. Il faut se souvenir de ce qu'a coûté la vaccination contre la grippe H1N1, alors que nous avons déjà ces moyens à disposition. Je ne comprends pas cette absence de réponse.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. S'agissant de la vaccination antigrippale, peuvent déjà l'effectuer les médecins, les infirmiers et les pharmaciens. Madame Ménard, vous parliez des personnes âgées à domicile : ce sont les infirmiers qui les vaccinent, à l'occasion d'une de leurs visites quotidiennes. Quant au reste de la population, les pharmaciens d'officine sont autorisés à vacciner dans certaines régions, dans le cadre d'une expérimentation lancée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Compte tenu de ses résultats satisfaisants, la vaccination dans les officines va être étendue à l'ensemble du territoire. Les officines offrent un maillage très fin du territoire, il me semble important de s'appuyer sur elles pour déployer encore la politique vaccinale.

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

M. Jean-Pierre Door. J'étais le rapporteur de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1). Je vous assure qu'à l'époque, les autorités cherchaient partout le moyen de vacciner ! Si vous voulez accroître la couverture vaccinale, pourquoi se priver des laboratoires de biologie ? On y trouve des médecins biologistes et des infirmiers : ils savent piquer !

Il faut élargir le périmètre de ceux qui sont habilités à vacciner, si l'on veut augmenter la vaccination. Aujourd'hui, le taux de vaccination antigrippale doit en être à 55 %, quand d'autres pays atteignent les 80 à 90 %. Élargissons le périmètre ! Faisons en sorte que quelqu'un qui doit se faire faire une prise de sang puisse en profiter pour se faire vacciner.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends vos arguments. Il faut que nous réfléchissions plus avant à un éventuel élargissement du périmètre, et nous pourrions toujours l'inscrire dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Nous avons ouvert la vaccination au premier point de contact que sont les pharmaciens. Les personnes qui viennent dans une officine acheter leur vaccin peuvent se faire vacciner immédiatement sur place. Les modalités de vaccination deviennent claires pour nos concitoyens : ils savent qu'ils peuvent être vaccinés par les médecins, les sages-femmes – notamment pour les femmes enceintes – et les infirmiers – ce sont eux qui se déplacent au domicile des patients pour effectuer des prises de sang, et non des pharmaciens biologistes, madame Ménard.

Vous n'avez pas tort de vouloir ouvrir un nouveau point d'entrée, mais à multiplier les possibilités, après les infirmiers et les pharmaciens, il y a un risque de créer de la confusion.

Je vous propose de retirer ces amendements, et d'examiner si cela a vraiment du sens dans le parcours médical. Je préfère m'en tenir à la doctrine actuelle, qui est très claire pour nos concitoyens : dès la rentrée 2019, ils pourront se faire vacciner dans toutes les pharmacies d'officine de France, selon un protocole sécurisé. Ajouter les biologistes ou qui que ce soit d'autre complexifierait les choses.

M. le président. Je vous donne une dernière fois la parole, monsieur Door.

M. Jean-Pierre Door. Une dernière fois, monsieur le président, car je sens que Mme la ministre a envie de donner un avis favorable ! (*Sourires.*)

Vous avez un bon, vous achetez votre vaccin. Le lendemain, vous devez faire une prise de sang : au laboratoire, vous demandez à être vacciné ! C'est un peu stupide que le biologiste ne puisse pas le faire.

Pour le rapport dont j'ai parlé, je me suis rendu aux États-Unis. Savez-vous qu'on y vaccine dans les aéroports, dans les gares ? Il y a des halls de vaccination ! Si les taux de vaccination sont énormes, c'est parce qu'on peut vacciner partout !

Si vous voulez des résultats dans la vaccination antigrippale, il faut faire appel aux médecins biologistes.

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Monsieur Door, je ne partage pas complètement votre avis. Pour l'instant, toutes les pharmacies en France ne sont pas autorisées à vacciner. Attendons les résultats de la généralisation, voyons ce que cela apportera comme plus-value. Ensuite, peut-être élargirons-nous à d'autres professionnels de santé.

C'est déjà compliqué pour nos concitoyens : je ne sais combien de fois j'ai refusé de vacciner cette année, parce que l'expérimentation ne concernait pas mon territoire. J'étais très heureuse de refuser, mais l'année prochaine, je ne pourrai pas refuser. C'est illisible pour les gens, de multiplier les professionnels qui peuvent vacciner.

Commençons par l'extension à tous les pharmaciens dans toute la France. Ensuite, peut-être pourrions-nous désigner un autre professionnel de santé, mais en l'état actuel des choses, il est trop tôt pour ajouter les biologistes.

(Les amendements identiques n^{os} 80, 127, 180, 832 rectifié, 916 et 1203 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 1340.

M. Jean-Louis Touraine. Les médecins et pharmaciens biologistes qui travaillent dans les 4716 laboratoires de biologie médicale sont parfois sollicités pour mener des entretiens avec les patients dans le cadre d'actions de prévention et de promotion de la santé. Il nous paraît raisonnable d'encourager cette pratique, d'autant que cela contribuerait à développer la prévention dont le Gouvernement a fait une priorité et qui est au cœur du plan « ma santé 2022 ».

Dans certains cas particuliers, qui seraient précisés par décret, ces entretiens pourraient donner droit à rétribution, dans les mêmes conditions que pour les entretiens pharmaceutiques.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez que les biologistes puissent réaliser des entretiens médicaux. Il faudrait réfléchir à la valorisation de ces actes, au suivi des recommandations, ainsi qu'au lien avec le médecin traitant. Aujourd'hui, rien n'empêche les biologistes médicaux de délivrer ces conseils de manière plus informelle. Donc mon avis est défavorable.

(L'amendement n° 1340, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 635.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Cet amendement vise à impliquer les biologistes dans les politiques de prévention et de dépistage. Contrairement aux pharmaciens d'officine, qui ont besoin d'une formation dédiée, de matériel, de locaux, pour faire de la prévention, ces derniers sont immédiatement opérationnels et parfaitement organisés pour mettre en œuvre un plan national de dépistage qui serait décidé par les pouvoirs publics.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Votre amendement est déjà satisfait. La prévention et l'éducation à la santé font déjà partie prenante de leur métier, puisqu'ils sont médecins. Je vous invite donc à le retirer, sinon mon avis sera défavorable.

M. le président. Est-il retiré ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Oui.

(L'amendement n° 635 est retiré.)

M. le président. Sur l'amendement n° 1439, je suis saisi par le groupe La France insoumise d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1439.

Mme Caroline Fiat. Après que nous avons longuement parlé des médecins, des masseurs-kinésithérapeutes, des pharmaciens et des infirmiers, cet amendement propose, dans le cadre d'une expérimentation d'un an et avec élaboration d'un protocole, d'autoriser les aides-soignants à pratiquer les glycémies capillaires.

Dans tous les établissements médico-sociaux, ce sont déjà les aides-soignants qui réalisent ces actes, mais sans être protégés. Dans la période actuelle, alors que le métier d'aide-soignant mérite d'être revalorisé, ce serait un joli signe que de leur donner l'autorisation de faire les prises de glycémie, qu'ils réalisent déjà dans la pratique. Je rappelle que les aides-soignants prennent les tensions depuis les années 1980, et qu'il a fallu attendre 2005 pour officialiser cette pratique !

Voter cet amendement serait un beau geste pour les aides-soignants. *(Applaudissements sur les bancs du groupe FI.)*

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Votre demande relève plus du niveau réglementaire que du législatif. Pour cette raison, mon avis est défavorable. Mais l'idée est tout à fait louable, d'autant qu'elle correspond à la pratique. Il serait intéressant de revoir le décret de compétences des aides-soignants. Je me tourne donc vers Mme la ministre pour lui demander des précisions, en approuvant totalement votre idée.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame la députée, vous avez raison, les aides-soignantes font beaucoup de glycémies capillaires, depuis très longtemps, et ce n'est pas reconnu. Je suis très attentive à la valorisation du métier d'aide-soignante. Nous savons leurs difficultés, notamment dans les EHPAD, mais pas seulement : à l'hôpital aussi. Nous avons promis, dans le cadre de la concertation Grand âge et autonomie, de travailler à la revalorisation et au parcours de ces professionnelles car leur importance dans nos établissements doit être reconnue.

La possibilité pour les aides-soignants d'effectuer les glycémies capillaires a été largement évoquée dans le cadre de la concertation menée par mon ministère sur le référentiel d'activités et de compétences des aides-soignants. Puisque c'est un acte couramment réalisé, je suis très favorable à ce que cela soit inscrit dans les décrets de compétences. Cette décision devrait être prise dans le cadre de l'actualisation du référentiel d'activités et de compétences des aides-soignants. C'est une mesure d'ordre réglementaire, qui ne nécessite pas un cadre expérimental.

Vous le savez, le ministère propose plusieurs mesures en faveur des aides-soignants. Je m'engage devant vous à faire évoluer le référentiel d'activités en y intégrant la glycémie capillaire. Je vous propose donc, madame Fiat, de retirer votre amendement, sinon j'y serai défavorable.

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

Mme Caroline Fiat. J'entends, madame la ministre, et je vous remercie.

Nous débattons d'un projet de loi sur la santé, du plan « ma santé 2022 », et à ce propos nous évoquons toutes les professions. Vous êtes favorable à ce que cette mesure soit prise. Je trouve que ce serait une belle image de valoriser le métier des aides-soignants dans ce projet de loi, que ce serait une bonne chose qu'à l'issue de ce débat, on puisse dire que ce texte ne concerne pas uniquement les médecins, mais tous les professionnels. Les aides-soignants sont des soignants aussi importants que les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens et les autres !

La mesure va être prise, vous l'avez dit : ce serait un beau geste que ce soit par les parlementaires. J'invite donc mes collègues à voter cet amendement. *(Applaudissements sur les bancs du groupe FI.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1439. *(Il est procédé au scrutin.)*

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	62
Nombre de suffrages exprimés	60
Majorité absolue	31
Pour l'adoption	22
contre	38

(L'amendement n° 1439 n'est pas adopté.)

Article 7 sexies

M. le président. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement de suppression n° 1602.

M. Paul-André Colombani. Cet amendement de suppression concerne une nouvelle fausse bonne idée. Il y en a d'autres dans ce texte : nous avons déjà évoqué la coercition en matière d'installation, et effleuré le débat sur les médecins généralistes dans les zones sous-tendues qui n'assurent pas la permanence des soins.

On oblige ici le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie à désigner un nouveau médecin traitant lorsque celui d'un patient est parti à la retraite.

C'est une fausse bonne idée pour deux raisons. D'une part, comme l'a déjà indiqué Mme la ministre, le problème administratif qu'avait entraîné le non-remboursement des soins est résolu : il existe des numéros génériques fictifs dans les CPAM. D'autre part, ce n'est pas en forçant l'entrée dans un cabinet médical que l'on construit une relation médecin-patient. Les médecins qui refusent des patients ne le font pas de gaité de cœur, mais parce qu'ils n'en peuvent plus, qu'ils travaillent plus de 50 heures par semaine, que leur patientèle avoisine les 2 000 patients. Les

forcer à accepter des patients supplémentaires, cela pourrait les mener au burn-out ou les inciter à quitter une région déjà bien fragile.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez supprimer l'article 7 sexies alors même qu'il permettra aux pharmaciens d'officine d'assurer la continuité du traitement des patients, en procédant, certes sans l'accord exprès du prescripteur mais conformément à une recommandation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM –, à un changement de médicament en cas de rupture d'approvisionnement du médicament prescrit susceptible de mettre en jeu le pronostic vital du patient ou d'entraîner une perte de chance importante pour lui. De mon point de vue, c'est une avancée assez fondamentale, d'autant plus, on le sait, que les ruptures de stock de médicaments se multiplient en Europe. Je ne peux donc donner qu'un avis défavorable.

(L'amendement n° 1602, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 268 et 572.

La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 268.

M. Paul Christophe. La commission des affaires sociales a adopté une mesure permettant aux pharmaciens d'officine d'assurer la continuité du traitement des patients en procédant, sans l'accord exprès et préalable du prescripteur mais conformément à la recommandation établie par l'ANSM, à un changement du médicament prescrit s'il est en rupture d'approvisionnement. En 2017, je le rappelle, 530 ruptures d'approvisionnement se sont produites.

Mon amendement vise à inclure le ou les laboratoires appelés à fournir le produit de substitution dans la liste des intervenants consultés préalablement à l'établissement de la recommandation par l'ANSM. Ils sont en effet les meilleurs connaisseurs de leurs produits et sont donc à même de contribuer à la nécessaire discussion relative à cette substitution. Les laboratoires pourraient aussi avoir à procéder à des ajustements, tant dans la production que dans la logistique, qu'il importe de pouvoir anticiper.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 572.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'idée est d'inclure les laboratoires appelés à fournir le produit de substitution dans la liste des intervenants consultés préalablement à l'établissement de la recommandation par l'ANSM. Lesdits laboratoires pourront évidemment être contactés par l'ANSM en cas de besoin. Toutefois je n'aime guère l'idée d'une consultation obligatoire des laboratoires pharmaceutiques avant la décision de l'ANSM : ce leur donnerait un éventuel moyen de pression, voire un droit de veto, ce qui ne me semble pas licite. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n° 268 et 572, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier, pour soutenir l'amendement n° 1810.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 1810, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 7 sexies, amendé, est adopté.)

Article 7 septies

M. le président. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 1428, tendant à supprimer l'article.

M. Paul-André Colombani. Je l'ai déjà présenté tout à l'heure, à la place de l'amendement n° 1602. Nous souhaitons supprimer l'article 7 septies car il tend à instaurer une coercition administrative à l'encontre de la profession médicale libérale.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable. L'article 7 septies a été introduit par la commission des affaires sociales la semaine dernière. Par ailleurs, nous allons examiner dans la foulée un amendement qui vise précisément à sécuriser juridiquement le dispositif d'accompagnement des assurés dans leur recherche d'un médecin traitant et à réaffirmer le rôle du conciliateur de la CPAM dans cette démarche.

(L'amendement n° 1428, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 980 et 1928, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 980.

M. Joël Aviragnet. Il vise à offrir la possibilité aux citoyens vivant dans une zone sous-dotée ou sous-dense qui éprouvent des difficultés à trouver un médecin traitant de saisir le conciliateur de leur caisse d'assurance maladie afin qu'un médecin traitant disponible leur soit proposé. Le conciliateur sera chargé de rechercher un médecin réellement disponible et qui acceptera de devenir le médecin référent du patient s'il le souhaite.

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier, pour soutenir l'amendement n° 1928.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 980 ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les deux amendements ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable sur le n° 980, favorable sur le n° 1928.

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

M. Jean-Pierre Door. C'est vraiment une très mauvaise idée, madame la ministre. La caisse d'assurance maladie irait donc à la recherche d'un médecin disponible là où les médecins sont rares ? Si les médecins refusent des patients, c'est parce qu'ils ne sont pas disponibles, qu'ils ont une patientèle trop importante. On peut certes publier sur le site ameli.fr la liste des médecins en activité dans le périmètre, mais on ne peut pas demander au conciliateur d'une caisse d'assurance maladie d'aller à la pêche au médecin ! Vous avez d'ailleurs vu quelle a été la réaction de nombreux médecins sur le territoire. Ce n'est pas du corporatisme : la mesure est tout simplement impossible à appliquer.

M. le président. La parole est à M. Paul-André Colombani.

M. Paul-André Colombani. Je souhaiterais obtenir quelques précisions de la part du rapporteur : comment le conciliateur va-t-il procéder concrètement ? Quels seront ses moyens d'action ?

M. le président. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. L'amendement de M. Mesnier reprend une mesure que nous avons adoptée dans le cadre de la proposition de loi de M. Guillaume Garot. Je suis d'ailleurs très heureuse, monsieur Aviragnet, que le groupe Socialistes et apparentés s'y rallie aujourd'hui, alors qu'il avait émis quelques réserves à l'époque. Il importe de réaffirmer le rôle des instances, notamment de la CPAM, dans l'accompagnement des patients qui éprouvent des difficultés à trouver un médecin traitant. C'est une belle mesure. Nous pouvons être fiers de la confirmer dans le présent projet de loi. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.)*

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

M. Joël Aviragnet. Nos deux amendements sont presque identiques, monsieur le rapporteur. Toutefois, je me permets de vous faire remarquer que le mien, qui a été corrigé depuis la commission, est plus solide juridiquement que le vôtre, qui comporte une erreur rédactionnelle.

Cela dit, tant que la mesure est prise au bout du compte, cela me convient. Mon ego n'a pas besoin que l'amendement adopté soit le mien, il s'en passe fort bien, à mon âge. Je vous laisse volontiers la préséance. *(Sourires. – M. Paul Molac applaudit.)*

M. le président. Maintenez-vous tout de même votre amendement, monsieur Aviragnet ?

M. Joël Aviragnet. Bien sûr ! Il est mieux rédigé !

M. Jean-Paul Lecoq. Oui !

(L'amendement n° 980 n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 1928 est adopté.)

(L'article 7 septies, amendé, est adopté.)

Après l'article 7 septies

M. le président. La parole est à Mme Josette Manin, pour soutenir l'amendement n° 1765 portant article additionnel après l'article 7 septies.

Mme Josette Manin. La médecine légale est un parent pauvre de la profession médicale : on observe un manque criant de praticiens dans cette discipline sur l'ensemble du territoire, et singulièrement dans les outre-mer. À titre d'exemple, il y a un seul médecin légiste en exercice pour les deux territoires de Martinique et de Guadeloupe, ce qui occasionne parfois des désagréments d'ordre judiciaire et émotionnel. Cette situation est insupportable pour l'autorité judiciaire, mais aussi pour les familles.

L'objet de cet amendement est donc à la fois de rappeler à la Mme la ministre les inégalités territoriales persistantes en matière de médecine légale, mais aussi de réintégrer pleinement celle-ci dans l'organisation du système de santé, sans pour autant la soustraire à l'orbite judiciaire dont elle relève également.

En incluant explicitement la médecine légale dans les projets et schémas régionaux de santé, nous avons l'ambition d'en faciliter le copilotage par les agences régionales de santé.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable. Le copilotage de la médecine légale par les agences régionales de santé ne nécessite pas d'inscription dans le projet régional de santé. Du fait des spécificités de la médecine légale, à l'instar d'autres disciplines comme la médecine scolaire ou la médecine du travail, les ARS ont d'autres manières d'intervenir. En l'occurrence, elles le feront avec les procureurs généraux, en cosignant des protocoles dans le ressort des cours d'appel.

(L'amendement n° 1765, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Avant l'article 8

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1547 portant article additionnel avant l'article 8.

M. Joël Aviragnet. Par cet amendement visant à modifier le titre du chapitre II, je souhaite dénoncer le déclassement des hôpitaux. Le Gouvernement annonce qu'il va créer 500 à 600 hôpitaux de proximité. C'est faux : il se contentera de labelliser des hôpitaux généraux existants. Voilà la source de notre inquiétude.

Les hôpitaux de proximité existent ; ils n'ont ni maternité ni plateau technique. Si l'on peut comprendre que certains établissements ne disposent pas d'un plateau technique suffisant pour assurer des soins de qualité, l'on ne peut accepter de généraliser cette situation sur l'ensemble du territoire.

Une fois de plus, vous prenez une mesure de généralisation, dans un but non avoué, sans tenir compte des spécificités locales comme les temps de déplacement. Et vous la prenez en catimini, sans alerter les élus : vous procédez par ordonnance, histoire d'éloigner le Parlement et d'éviter qu'on en parle trop...

Votre loi, madame la ministre, est le pendant, en matière de santé, de la loi NOTRe – loi portant nouvelle organisation territoriale de la République. Je vous le dis, elle reproduit les mêmes erreurs.

M. Gilles Lurton. Nous, nous étions contre la loi NOTRe. Vous, vous avez voté pour !

M. Joël Aviragnet. Non, puisque je n'étais pas là ! Mais je suis capable de reconnaître qu'on peut se tromper : pour tout vous dire, je pensais qu'elle marcherait, et je constate que c'est une catastrophe. Raison de plus pour ne pas renouveler l'expérience.

Vous défendez un modèle urbain et technocratique qui ne peut répondre aux besoins des populations. Vous ne faites qu'éloigner l'hôpital et l'offre de soins des populations rurales. Sous couvert de garantir des soins de qualité, vous allez laisser des femmes accoucher dans des voitures. C'est déjà ce qui se passe à certains endroits. Je suppose que vous avez lu l'article du *Monde* : il peut falloir entre cinquante et cent cinquante minutes pour rejoindre un hôpital – quand on trouve une ambulance, ce qui n'est pas toujours le cas !

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Monsieur Aviragnet, l'optimisme est de volonté ! J'ai déjà eu l'occasion de vous le dire, mais vous voyez toujours les choses en noir.

M. Jean-Carles Grelier. En rose !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'hôpital de proximité, c'est tout le contraire de ce que vous décrivez. C'est la volonté de réinvestir dans des hôpitaux au plus près des citoyens. Ce soir ou demain, nous définirons ses missions socles, dans le but de réinvestir dans des services de médecine et des consultations de spécialistes qui actuellement n'existent pas au plus près du terrain, ainsi que dans des équipements de biologie et d'imagerie.

Nous voulons justement consacrer plus de moyens aux services de proximité, ce qui nous permettra d'avoir des hôpitaux qui fassent l'articulation entre la médecine de ville et les hôpitaux de recours. Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet article est emblématique d'une revitalisation des territoires. Vous proposez de lui donner un titre caricatural.

Je vous suggère d'aller visiter l'hôpital de Pont-Audemer. Vous verrez s'il ne répond pas aux caractéristiques de vitalité d'un territoire ! Il articule en effet une médecine de ville, libérale, totalement intégrée à l'hôpital et des spécialités de qualité, en proximité, qui ne sont pas exercées par des intérimaires et ne connaissent pas de trou dans les plannings de garde, ce qui arrive actuellement, vous le savez, dans certains établissements.

Nous proposons ainsi de réorganiser en profondeur le tissu hospitalier, afin de garantir une qualité en proximité que nous ne pouvions plus assurer à nos concitoyens.

Il est très important de véhiculer une image positive de ces hôpitaux de proximité, qui dispenseront la médecine de demain et ouvriront l'accès à des filières de soins coordonnées, de qualité, avec une gradation des soins qu'on observe dans tous les pays du monde. La France est en effet le seul pays où l'on pense que l'on peut maintenir des plateaux techniques de haute qualification sur tout le territoire : ce n'est pas possible !

La médecine se spécialise. Nous avons besoin de plateaux d'une haute technicité où des spécialistes extrêmement bien formés, très compétents, accomplissent beaucoup d'actes. Avec ce maillage territorial associé à une gradation des

soins et une filiarisation des prises en charge, proximité rimera avec qualité. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

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

M. Joël Aviragnet. Ce que vous dites, c'est que dans les hôpitaux généraux existants, il n'y a plus de médecins. Parce qu'ils vont être déclassés en hôpitaux de proximité, on va soudain en trouver ? Il n'y a pas de médecins, la situation ne va pas s'améliorer !

Je sais bien ce qui va se passer, je peux vous le dire. Parce que dans le monde rural, on en sait long sur la suppression des services : on a déjà donné, pour La Poste, le Trésor... la liste est longue. Et je peux aussi vous expliquer ce que disent les gens quand ils se sentent abandonnés, et comment leur réaction se traduit dans les urnes. On voit bien ce qui s'annonce.

Dans cinq ans, ces hôpitaux seront pires que les hôpitaux généraux qui existent actuellement : alors on dira qu'ils ne sont plus efficaces, et on pourra les fermer ! Et une fois de plus, on accentuera l'inégalité entre les territoires urbains et ruraux. Je sais, je radote, je me répète... mais je crois que vous ignorez la réalité de ces territoires. Les ruraux ont les mêmes droits que les autres Français, ils ne sont pas des citoyens de seconde zone.

(*L'amendement n° 1547 n'est pas adopté.*)

M. Jean-Paul Lecoq. C'est pas sympa, monsieur le président, j'avais demandé la parole ! Vous avez changé la règle ?

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à vingt-trois heures quarante-cinq, est reprise à vingt-trois heures cinquante-cinq.*)

M. le président. La séance est reprise.

Article 8

M. le président. La parole est à Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Je me réjouis que nous commençons l'examen de cet article relatif aux hôpitaux de proximité, car nous possédons nous-mêmes, sur notre territoire archipélagique de la Guadeloupe, à une heure dix de bateau et vingt minutes en avion, un établissement qui remplirait tous les critères pour être labellisé et financé comme tel : celui de Marie-Galante, qui était voué à disparaître dans un schéma régional de santé.

Marie-Galante présente de nombreux atouts pour assurer la proximité des soins : un service mobile de prévention et de promotion de la santé, un service de radiologie et de scannographie, un service de soins de suite et de réadaptation, un centre de périnatalité, un centre de vaccination, un service d'hôpital de jour – bref, des services de soins indispensables à nos concitoyens, proches des territoires.

Néanmoins, cet établissement a grandement besoin de financements adaptés à son activité. Je me suis entretenue très récemment avec sa directrice, qui place beaucoup d'espoir, madame la ministre, dans votre mesure. C'est pourquoi je me réjouis que nous votions la création des

hôpitaux de proximité. J'espère que les ordonnances que vous prendrez seront adaptées à tous les établissements de proximité, tel celui que je vous ai donné en exemple, et qu'elles permettront de renforcer l'accès aux soins en assurant la qualité, la sécurité et, surtout, la proximité.

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

M. Pascal Brindeau. L'article 8 est extrêmement important car il détermine le maillage hospitalier dans nos territoires. L'objectif affiché – développer une offre hospitalière de proximité et renforcer la gradation des soins – pourrait donner lieu à beaucoup de discussions. Le problème est que vous nous demandez de vous autoriser à prendre par ordonnance toutes les mesures relevant de la détermination des activités, des missions et des conditions d'intervention de ces établissements, ainsi que des modalités de fixation de la liste des hôpitaux qui seront labellisés « établissements de proximité ». Autrement dit, nous ne discuterons ici d'à peu près rien de ce que doit être un hôpital de proximité, relié demain à un hôpital général lui-même en relation avec un CHU ou un CHRU. Voilà pourquoi je déposerai un amendement de suppression de l'article, pour que nous discutions et déterminions dans la loi de ce que doivent être les hôpitaux de proximité et le maillage territorial hospitalier.

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

Mme Gisèle Biémouret. Le présent article a trait à la redéfinition des missions et des modalités de la gouvernance des hôpitaux de proximité. Il s'agit d'une des principales mesures de votre réforme du système de santé.

L'article 8 prévoit la labellisation de 500 à 600 hôpitaux de proximité d'ici 2022. Surtout, il vous permet de légiférer par ordonnance sur un point fondamental et structurant pour nos territoires : le devenir de l'hôpital public. Derrière les apparences – la prétendue volonté de mieux graduer l'offre de soins – vous vous préparez surtout à la dégrader. Le label de la proximité dissimule la priorité conférée à la concentration des soins, qui va accentuer l'éloignement. L'enjeu est de redéfinir la carte hospitalière, quitte à affaiblir le réseau des hôpitaux et à dévitaliser progressivement les plus fragiles d'entre eux.

Sans explications, pour gagner du temps, sur les critères qui seront retenus, vous vous préparez à découper au scalpel une carte, au lieu d'assurer une concertation élargie. Tandis que certains établissements seront assurés de disposer d'un socle de services, d'autres devront renoncer à leur plateau technique, c'est-à-dire à leurs blocs chirurgicaux.

Avec mes collègues socialistes, nous considérons que cet article organise le déclasserment des centres hospitaliers. Le label « hôpital de proximité » ne sera qu'un cache-misère pour mieux fermer les plateaux techniques des maternités et des services d'urgence. Faute de label ou de rentabilité, de nombreux établissements n'auront qu'une issue : fermer leurs portes. Nous vous demandons à nouveau de nous présenter la carte hospitalière prévisionnelle des hôpitaux de proximité.

Vous ne nous offrez pas davantage de garanties quant à la représentation des élus locaux et à la prise en compte de leurs demandes dans cette organisation qui fera la part belle à une métropolisation de la santé, au détriment des territoires ruraux et périphériques.

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

M. Joël Aviragnet. Ayant déjà exprimé mon point de vue, je ne vais pas me répéter. Je dirai simplement que les élus locaux risquent tout de même d'être un peu émus face à l'évolution à venir. J'espère qu'ils seront davantage associés à l'élaboration de l'ordonnance.

Monsieur le rapporteur, votre optimisme nous va droit au cœur. J'en profite pour vous dire que si vous voulez d'autres amendements, j'en ai de nombreux à vous proposer sur l'article 8. Mais si vous faites des copier-coller, pensez à corriger les fautes : il y en avait une tout à l'heure !

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

Mme Delphine Bagarry. Je vais être un peu plus optimiste que mon collègue. Jusqu'à présent, les hôpitaux de proximité étaient définis, d'un point de vue organique, principalement dans une optique financière, alors qu'ils ont un rôle majeur à jouer dans le maillage territorial de notre système de santé. Cet article est donc essentiel pour améliorer l'offre de soins dans les territoires, en définissant les missions des hôpitaux de proximité, essentiellement centrées sur les soins de premier recours.

Nous allons faire de l'hôpital de proximité un lieu essentiel d'accès aux soins : c'est lui qui pourra donner accès à des spécialistes et à un plateau technique, et qui recevra les urgences du quotidien. C'est également lui qui permettra de rapprocher la médecine de ville de l'hôpital.

Députée d'un département, les Alpes-de-Haute-Provence, qui abrite plusieurs établissements de santé maillant le territoire qui pourraient répondre à votre définition, et habitante d'une commune, Riez, qui dispose d'un hôpital de proximité, je mesure toutes les potentialités que cela représente pour améliorer l'accès aux soins, mais aussi pour donner l'impulsion et favoriser l'implication dans les communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS. En effet, le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie – HCAAM – sur la transformation du système de santé préconise que les CPTS soient bâties autour des établissements de santé communautaires et en collaboration avec eux. Ces établissements pourraient être les hôpitaux de proximité.

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

M. Jean-Paul Lecoq. Sur la forme, vous contournez une nouvelle fois la discussion parlementaire, madame la ministre, par le recours aux ordonnances. Le sujet qui nous occupe mériterait que l'on fasse davantage confiance au débat démocratique. Une fois de plus, vous affaiblissez la confiance des citoyens dans notre institution. Le Parlement a pour devoir de faire la loi, et non d'être le spectateur d'une réforme hospitalière.

Sur le fond, à partir des rares éléments que vous avez communiqués, nous savons que vous projetez de labelliser 500 à 600 hôpitaux de proximité d'ici 2020. Cette mesure risque non seulement d'aggraver la désertification médicale rampante, mais aussi de faire perdre aux petits hôpitaux leur maternité, voire toute possibilité d'intervention chirurgicale, y compris celles de première nécessité. Cela empêcherait, par exemple, la pose d'un pacemaker ou la réalisation d'une arthroscopie, qui sont des services fondamentaux.

Cette crainte légitime est corroborée par l'Association des petites villes de France, pour qui un hôpital amputé équivaut à une commune fragilisée. Dans nos territoires, l'hôpital est bien souvent le premier employeur public. Restructurer l'hôpital, c'est donc fragiliser un bassin de vie dans son

ensemble. Faute d'étude d'impact, il est impossible de savoir quels seront les hôpitaux et territoires concernés par le déclassement en hôpital de proximité. Selon nos estimations, entre 200 et 300 hôpitaux sont menacés par des fermetures de services et des suppressions de postes.

Ce qui fait la force de notre système public de santé, c'est l'accès à des soins de premier et de second recours sur la majeure partie du sol français – la majeure partie seulement, car les politiques d'austérité ont abîmé l'hôpital public. Les mesures que vous proposez annoncent la métropolisation de l'activité hospitalière : une médecine de pointe dans les métropoles régionales, les miettes pour les autres ! Les députés communistes refusent le service public hospitalier à deux, si ce n'est trois vitesses.

Madame la ministre, vous avez fait référence à l'hôpital de Pont-Audemer, localité que je connais bien. Je ne comprends pas : pourquoi les habitants de Pont-Audemer que je connais, lorsqu'ils ont besoin de soins, se rendent-ils au CHU de Rouen, aussi bien pour de la pédiatrie que lorsqu'ils se cassent une jambe ?

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue.

M. Jean-Paul Lecoq. Il faudrait tout de même les prévenir qu'ils bénéficient d'un hôpital de proximité aussi extraordinaire que vous le dites !

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

M. Gilles Lurton. Avec l'article 8, madame la ministre, vous introduisez la création des établissements de santé de proximité. Nous connaissons déjà les hôpitaux de proximité, où sont exercées des activités médicales ou des soins de suite et de réadaptation plafonnés – le nombre de séjours étant limité à un nombre fixé par arrêté. Par cet article, vous souhaitez faire évoluer ces hôpitaux de proximité en « établissements de proximité », en vous fondant sur leurs missions ; leur périmètre, lui, reste à définir, ce qui constitue, à nos yeux, un premier problème.

Vous souhaitez aussi encourager la collaboration entre médecins hospitaliers et médecins libéraux pour soigner les patients. L'intention est, à mes yeux, louable et j'aurais pu, à titre personnel, y adhérer. Je suis en effet convaincu que, pour réinvestir les secteurs sous-dotés en médecins libéraux, il faut offrir à ces derniers un environnement médical susceptible de leur venir en appui quand ils en ont besoin, afin qu'ils ne se sentent plus totalement isolés ; je vous présenterai d'ailleurs quelques amendements à ce sujet.

Mais, une fois encore, alors que nous aurions pu avancer ensemble pour mieux définir les contours de votre projet, alors que cette ouverture aurait pu nous permettre d'esquisser une réponse à toutes les questions qui nous sont posées dans nos territoires et dont nous vous avons fait part hier soir et ce matin, votre projet reste flou. Vous ne proposez qu'une ordonnance pour ouvrir la concertation.

Sur la forme, nous ne pouvons qu'être étonnés par votre méthode. En définissant les établissements de proximité par leurs missions, vous prenez le risque qu'ils ne correspondent pas aux besoins des territoires. Par ailleurs, de nombreuses questions continuent de se poser. Quel sera leur mode de financement ? Quelle autonomie auront-ils ? J'avais déjà eu l'occasion, lors de la discussion générale, de vous interroger sur tous ces points : ce sont autant de questions qui restent sans réponse.

Nous espérons que le débat vous permettra de nous éclairer sur ce que seront ces établissements demain.

M. le président. La parole est à Mme Marietta Karamanli.

Mme Marietta Karamanli. L'article 8 a trait à la recomposition de l'offre hospitalière de proximité. On l'a dit, l'intention est bonne : la coopération et l'offre hospitalière de proximité sont confirmées dans leur principe. Néanmoins, leur contenu sera déterminé par des textes à venir. Pourtant, des mesures élaborées de façon publique, contradictoire et évaluative représentent une vraie plus-value.

Par ailleurs, l'absence de débat approfondi nuit à l'appropriation des mesures par les élus, les citoyens et, in fine, les usagers. Évidemment, cela affecte l'analyse d'ensemble : cela fait naître un doute plus que raisonnable sur ce qui sera décidé.

Le groupe Socialistes et apparentés défend la suppression de l'article 8. Nous considérons en effet qu'en recourant aux ordonnances, le Gouvernement cherche encore à refuser le débat sur la carte hospitalière française.

Tout semble l'indiquer : les hôpitaux de proximité tels que prévus par ce gouvernement s'apparentent à des dispensaires doublés d'EHPAD. En effet, madame la ministre, vos déclarations à ce jour n'ont pas donné à la représentation nationale les informations qu'elle attendait sur les futurs hôpitaux de proximité. On sait au moins qu'ils seront dotés d'un service de gériatrie. En revanche, les services d'urgence, les plateaux techniques, les maternités devaient être fortement remis en question par les ordonnances.

Faut-il anticiper le déclasserement des hôpitaux publics ? Tout semble l'indiquer. En outre, il faut rappeler la vérité des chiffres : les 500 ou 600 hôpitaux de proximité ne seront pas de nouveaux établissements. Ce sont des établissements déjà existants, qui éprouvent des difficultés de fonctionnement et qui seront déclassés. Nous attendions de cette loi qu'elle fasse autre chose que brader le service public.

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

M. Bernard Perrut. Le Gouvernement souhaite faire évoluer notre organisation de santé, qui est fondée sur notre histoire, sur l'histoire de nos territoires, sur nos bassins de vie. Pourquoi pas, en effet, faire évoluer ces hôpitaux de proximité ? Mais encore faudrait-il, madame la ministre, que vous en définissiez devant nous, avec nous, les missions et le périmètre.

L'idée est que les hôpitaux de proximité proposent des services de gériatrie, de médecine polyvalente, de réadaptation et de radiologie, mais ni de chirurgie, ni de maternité. Qu'en sera-t-il des urgences, en particulier pour ceux de nos concitoyens qui habitent à plus d'une heure de l'hôpital le plus proche ? Qu'advient-il des activités prénatales et postnatales ? Tout cela est encore bien flou. Le Gouvernement propose de recourir aux ordonnances plutôt que d'ouvrir au Parlement, devant nous, une concertation et de nous faire part réellement de son projet.

Sur la forme, on ne peut être qu'étonné par la méthodologie du Gouvernement. En voulant définir les missions de ces hôpitaux avant tout, le risque est d'avoir des établissements qui ne correspondront pas aux besoins des territoires. Chaque territoire est différent, chaque bassin de vie est différent. Tous les acteurs que nous rencontrons veulent que la définition des missions reste très souple. Il serait plus pertinent, madame la ministre, de considérer les besoins des

territoires concernés et d'opter pour un système de labellisation ou d'agrément, plutôt que de vouloir créer des établissements d'un type nouveau – certains parlent même de dispensaires.

Deux questions restent en suspens : quel sera le modèle de financement de ces établissements ? De quelle autonomie bénéficieront-ils, qu'ils soient rattachés à un GHT ou non ?

En conclusion, le Gouvernement ne s'y prend-il pas à l'envers ? Plutôt que d'avoir organisé une réelle concertation destinée à élaborer un dispositif concret et souple, vous proposez de recourir à une ordonnance. Oui, une ordonnance, pour mener ensuite des concertations tambour battant, qui ne pourront s'éloigner d'un carcan initialement défini, lourd et flou ! Nous avons besoin, madame la ministre, d'informations pour y voir plus clair et pouvoir porter un jugement définitif.

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

Mme Emmanuelle Ménard. L'article 8 habilite, une fois encore, le Gouvernement à légiférer par ordonnance, en l'occurrence à définir les missions et les modalités de gouvernance des hôpitaux de proximité. Vous savez bien qu'il s'agit d'une question essentielle, qui aura un impact évident sur le maillage territorial hospitalier : il me semble donc que le Parlement ne peut pas être tenu à l'écart.

Les groupements hospitaliers de territoire – GHT – ont eu l'effet inverse de celui recherché, puisqu'ils ont accentué le phénomène de concentration en France. Or, nous le rappelons depuis quatre jours maintenant, l'égalité d'accès aux services publics est une demande extrêmement forte des Français, tout particulièrement en matière de soins.

Tous les acteurs concernés par les hôpitaux de proximité, qu'ils soient élus ou représentants des professionnels, comme la Fédération hospitalière de France, déplorent l'insuffisance de la concertation sur ce texte. C'est vraiment dommage pour un tel enjeu, d'autant plus que, en voulant faire évoluer les hôpitaux de proximité et définir leurs missions avant tout, le risque est que les établissements ne correspondent pas vraiment aux besoins des territoires. C'est la raison pour laquelle il est absolument nécessaire de conserver une très grande souplesse dans la définition des missions.

Par ailleurs, les questions du modèle de financement de ces établissements et de leur autonomie restent en suspens et attendent toujours des réponses. Vous l'avez compris, les garanties étant loin d'être connues, nous sommes impatients de prendre connaissance de la carte des hôpitaux de proximité et d'obtenir des réponses à toutes nos questions.

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

M. Paul Molac. Madame la ministre, cet article inquiète de nombreux établissements hospitaliers et de nombreux maires. J'ai ainsi reçu une lettre du président de Redon agglomération, qui s'inquiète pour son hôpital de proximité, qui compte bien sûr une maternité. J'avais interpellé votre secrétaire d'État sur l'hôpital de Ploërmel, mais des interrogations se font également jour pour les hôpitaux de Morlaix et de Pontivy : ce ne sont pas de grands établissements, mais ils ont une maternité.

En commission, vous avez présenté un amendement qui clarifie un peu les choses, et je vous en remercie. Il en ressort qu'on trouvera dans un hôpital de proximité éventuellement des équipements d'imagerie, des soins de suite, de la gériatrie, des actes simples, voire des urgences, mais pas de plateau

technique. Les choses sont claires : sans plateau technique, pas de chirurgie et donc pas de maternité. Voilà ce qui nous inquiète.

Nous pouvons comprendre qu'il n'y ait pas toutes les spécialités partout, parce qu'il faut disposer de médecins et de chirurgiens très bien formés, parfois dans des créneaux très pointus. Mais la maternité n'est pas une spécialité réservée à certains hôpitaux ! Elle doit se retrouver dans tous les hôpitaux, parce que son absence pose un vrai problème d'aménagement du territoire. Devoir faire 70 kilomètres pour accoucher, ce n'est pas possible ! Et en montagne, pour parcourir 30 ou 40 kilomètres, il peut falloir trois quarts d'heure ou une heure ! Il y a donc de véritables problèmes.

Nous sommes inquiets, et nous tenons à nos maternités. Je pense en particulier à celle de Ploërmel : les sages-femmes m'ont expliqué tout le travail qu'elles faisaient, toutes les méthodes qu'elles tentaient de mettre en place, par exemple l'accouchement dans une piscine. Elles sont au top ! Nous avons de nombreux praticiens qui travaillent très bien.

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

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, vous passez par les ordonnances sur un point majeur, celui de la réforme de la carte hospitalière. Vous proposez de renforcer le rôle des groupements hospitaliers de territoire, en leur donnant un pouvoir beaucoup plus grand dans l'intégration des établissements et le pilotage de leurs ressources humaines et de leur projet médical. Vous créez d'ailleurs une commission médicale d'établissement globale de GHT.

Pilotés par les ARS, les GHT fonctionnent de façon technocratique et sont très éloignés des réalités du terrain. Nous rencontrons parfois des difficultés avec certains d'entre eux. Vous concentrez le pouvoir hospitalier dans une nouvelle gouvernance étatique et infrarégionale. La proximité est remplacée par la vision technocratique du Gouvernement.

Le groupe Les Républicains s'interroge et vous pose des questions : quel sera le modèle de financement ? Qu'en est-il de la personnalité des établissements : restera-t-elle morale ou deviendra-t-elle juridique, ce qui poserait des problèmes pour la mutualisation de certains achats ? Quel sera le choix géographique pour les hôpitaux de proximité ? Qui décidera ?

Les collectivités territoriales s'inquiètent. Vous avez reçu l'association des maires de France et des présidents d'intercommunalité, ainsi que l'assemblée des départements de France, ce qui est une bonne chose. Mais maintenant, c'est à nous qu'il faut donner des explications.

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

M. Jean-Carles Grelier. Madame la ministre, vous l'avez entendu de la bouche des orateurs qui m'ont précédé : dans ce grand et beau pays qu'est la France, il n'y a pas deux villes, deux villages, deux territoires qui se ressemblent. La disparité des situations condamne toute définition uniforme de l'hôpital de proximité. Enfermer l'hôpital de proximité, comme vous le proposez, dans une liste limitative de missions inquiète les élus, dont l'hôpital local peut conserver un petit plateau chirurgical, une maternité. La multiplication des fermetures de maternité ces derniers mois a suscité de la crainte et a laissé à penser que votre administration était peut-être en train de préfigurer ce que deviendraient les hôpitaux de proximité.

Il y a lieu de rassurer tout un chacun sur ces questions. Vous avez, au travers d'un amendement, consenti une ouverture sur le maintien de la chirurgie, mais j'ai le regret de vous dire, madame la ministre, qu'elle est de la taille d'un trou de serrure ! Déjà, la procédure du décret en Conseil d'État est tellement alambiquée que l'autorisation de pratiquer la chirurgie sera vraisemblablement renvoyée aux calendes grecques.

En outre, il faut redonner du pouvoir à ceux qui sont le plus près du terrain. Le principe de subsidiarité doit s'appliquer : donnons aux ARS la possibilité d'adapter les services qui seront assurés en tenant compte de ce qui existait, de l'histoire, de la configuration des lieux et de l'environnement médical et hospitalier. Voilà les observations que nous souhaitons formuler sur l'article 8.

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

Mme Caroline Fiat. Alors que nos hôpitaux et nos maternités ferment, l'article 8 prévoit de déterminer par ordonnance ce que deviendront nos hôpitaux de proximité. Dans un contexte d'austérité budgétaire et sous couvert de gradation des soins, il vous permettra, madame la ministre, de fermer des services et de supprimer des postes plus facilement.

Si un hôpital n'obtenait pas le label que vous souhaitez instaurer, serait-il menacé de fermeture ? Si tous les petits hôpitaux obtenaient ce label, quel sort leur serait réservé ? Vous ne nous dites rien, vous ne donnez aucune garantie. Cela dit, quand on voit ce que deviennent les engagements des députés de la majorité, les garanties ne servent sans doute à rien...

Pour notre part, nous demandons que soit mis un terme à l'hémorragie des fermetures de lits, de services et d'établissements. L'exécutif ne doit pas considérer nos hôpitaux de proximité comme des établissements subalternes, destinés à résoudre, en un temps limité et des circonstances changeantes, les problèmes de démographie médicale. Ils doivent représenter, grâce à leur plateau technique et leurs compétences médicales et soignantes, un élément essentiel du parcours de soins du patient.

Vous dites que si la maternité du Blanc ferme, dans le Berry, c'est pour la sécurité des femmes qui accouchent. Mais, madame la ministre, ce ne sont pas les petits hôpitaux qui mettent en danger les patients, comme vous voulez nous le faire croire : ce qui est réellement dangereux, c'est les fermetures de maternité qui obligent les femmes à accoucher sur l'autoroute ou à domicile ; ce qui est réellement dangereux, c'est les fermetures d'hôpitaux ou de services qui obligent les malades à faire des trajets toujours plus longs pour se faire soigner dans des hôpitaux usines.

Mme Mathilde Panot. Bravo !

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

M. Cyrille Isaac-Sibille. Nous sommes tout à fait favorables à la gradation des hôpitaux et à cette approche des hôpitaux de proximité. Il y aura une chaîne qui reliera les hôpitaux de proximité d'un côté avec les médecins et les établissements publics territoriaux de santé, et de l'autre avec les GHT.

Ce qui est important, pour que tout le monde s'y retrouve, est que les hôpitaux de proximité conservent une autonomie, et que les médecins des CPTS ne soient pas dépendants des GHT. Il importe que les hôpitaux de proximité constituent

une passerelle et un lieu de passage entre la médecine hospitalière et la médecine libérale. Nous présenterons des amendements en ce sens.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L'article 8 est au cœur du projet de loi. Il habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnance, ce qui lui donne une très grande latitude pour restructurer notre système de santé et son organisation territoriale. Il tourne le dos à une démarche de démocratie sanitaire qui serait pourtant nécessaire.

Parler de création d'hôpitaux de proximité pourrait faire accroire que vous comptez construire de nouvelles structures. En réalité, comme cela a été dit, ce sont surtout 200 à 300 hôpitaux qui risquent de subir un déclassement, ce qui remettrait en cause le maillage territorial. L'étude d'impact a d'ailleurs relevé que cela devait faire l'objet d'une évaluation.

Nous nous trouvons dans une spirale de renoncements qui aura un coût pour le droit à la santé de nos concitoyens. En effet, les renoncements aux soins, le retard à se soigner devraient encore augmenter; des femmes et des hommes en situation difficile seront mis en danger, du fait d'un reste à charge induit sans doute important, même s'il n'a pas été calculé; les déserts médicaux se développeront, puisque la présence d'hôpitaux favorise l'installation de praticiens dans leur aire; enfin, les GHT accéléreront la métropolisation.

Nous pensons qu'il vaudrait mieux s'appuyer sur les ressources, alors que vous nous proposez de créer le cadre qui justifiera une grande restructuration, de nouvelles fermetures et un nouveau rabougrissement de l'hôpital public. Vous nous demandez de donner notre feu vert à ce plan. Pour nous le feu est rouge évidemment et nous vous demandons d'arrêter la casse, de mettre l'humain au cœur des soins et des territoires – ce que font certains hôpitaux – et de sortir des logiques d'organisation et de gestion de la pénurie qui sévissent dans notre système de santé et lui font beaucoup de mal.

M. le président. La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Nous connaissons tous, dans nos territoires, des exemples d'hôpitaux de proximité. Il y en a deux dans ma circonscription: celui de Pont-Audemer, qu'a cité Mme la ministre, et un autre qui vit des moments difficiles, des moments de peur. À travers ces deux hôpitaux locaux de proximité, nous pouvons constater la façon dont chacun appréhende l'offre de santé aujourd'hui. Nous n'avons plus les ressources qui existaient avant, et la priorité, pointée très justement par M. Pierre Dharréville, est de rendre le meilleur service à l'humain.

Donc, recensons avant tout ce dont a besoin la population et adaptons-y l'offre de proximité. Mais que rien ne reste isolé! On me fait souvent part de cette peur d'être intégré à un GHT. Or l'hôpital de proximité, c'est un hôpital avancé qui appartient à une communauté de santé qui a besoin des ressources des hôpitaux d'appui, par exemple pour des consultations de spécialistes avancés.

On y arrivera sûrement, mais je souhaite qu'on en finisse avec cette peur. Qu'on prenne pour exemple les centres hospitaliers qui ont saisi cette opportunité, comme celui de Pont-Audemer, qui sont désormais animés d'une vraie

dynamique! De jeunes internes veulent y réaliser leur stage et, avec la possibilité des pratiques mixtes, s'installent ensuite dans ces zones où l'on a besoin d'une offre de santé.

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n^{os} 81, 182, 249, 366, 1051, 1140, 1159 et 1237, visant à supprimer l'article 8.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n^o 81.

M. Bernard Perrut. À l'occasion de cet amendement, je voudrais demander à Mme la ministre pourquoi elle n'a pas souhaité sur cette question engager un dialogue avec les élus locaux, les associations, les fédérations, les hôpitaux publics... Tous les acteurs déplorent l'insuffisance de la concertation en amont sur ce texte, alors que ses conséquences sur la rénovation de notre système de santé vont se révéler importantes.

Nous ne sommes pas forcément opposés à une évolution: nous savons bien que le système de santé repose sur une organisation ancienne et que toutes les évolutions – données géographiques, parcours de vie, exigences en matière de santé – impliquent un changement.

Ce qui est essentiel, c'est que quel que soit le lieu en France, on puisse avoir accès dans les mêmes conditions à des soins de qualité, autrement dit que la santé soit un droit pour tous. Comme le dit le slogan du groupe hospitalier de mon territoire, c'est le bon soin au bon endroit et au bon moment!

Voilà qui rejoint totalement votre philosophie, me semble-t-il, car j'ai bien compris que vous souhaitiez une gradation des soins hospitaliers, avec un lieu d'orientation des patients, un lieu pour les consultations... Mais nous ne savons pas exactement quels seront ces hôpitaux de proximité, quel en sera le nombre, quels en seront les critères: nous ne pouvons pas vous confier un chèque en blanc, madame la ministre, pour pouvoir rédiger votre ordonnance! Nous devons connaître les contours de la nouvelle organisation, ses moyens, et savoir comment vous allez travailler avec les professionnels de santé, avec les élus locaux et évidemment avec les députés, qui connaissent leur territoire.

M. le président. La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n^o 182.

M. Jean-Carles Grelier. Nous savons bien que cette demande de suppression est de pure forme. Mais vous avez pris l'engagement en commission, madame la ministre, d'associer les parlementaires à cette réforme: dans cette perspective, j'appelle de mes vœux la constitution – plus ou moins formelle, je laisse cela à l'appréciation de la présidente de la commission des affaires sociales – d'un groupe de travail au sein de la commission, rassemblant des députés de tous les groupes et qui assurerait le suivi permanent des ordonnances prévues à l'article. Le vice-président Borowczyk ne manquera sans doute pas de faire part de ce souhait à la présidente.

Ensuite, je vous ai appelée tout à l'heure à beaucoup plus de souplesse dans la définition des tâches. Vous savez que les juristes aiment beaucoup la règle du parallélisme des formes: comme vous nous avez expliqué tout à l'heure qu'il ne fallait pas définir les missions des CPTS pour en laisser l'initiative aux territoires, je suis tenté de vous proposer de faire exactement la même chose pour les hôpitaux de proximité. Laissons l'initiative aux territoires, en lien avec les ARS!

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 249.

M. Gilles Lurton. Je rejoins totalement la position de M. Grelier. L'intensité du travail que nous menons en commission des affaires sociales nous conduit, je dis cela sans grande prétention et même avec beaucoup d'humilité, à avoir une certaine connaissance du fonctionnement des hôpitaux, que nous pouvons lier à ce que nous vivons dans nos territoires. Nous avons connu, sous le précédent quinquennat, la création des GHT qui, pour certains territoires, avait été précédée par la constitution de communautés hospitalières de territoires. Or les GHT ont souvent entraîné une concentration des services dans un seul établissement, laquelle a pu être très mal vécue par les habitants qui se sont tout à coup retrouvés éloignés du service dont ils avaient besoin.

Nous allons maintenant passer aux établissements de proximité. Or nous ne savons pas ce que sont ces établissements : le problème que pose l'article 8 est précisément ce qu'il ne dit pas. Aussi, tel qu'il est rédigé, nous ne pouvons donc pas nous prononcer. C'est pourquoi, au nom de Mme Genevard, je demande sa suppression.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 366.

M. Pierre Dharréville. Le plus sage serait en effet de supprimer l'article puisque, manifestement, nous ne sommes pas prêts à délibérer. Vous avez dit, madame la ministre, qu'il n'y avait pas de carte cachée. Je veux bien le croire, mais si elle existait, si nous pouvions la consulter, peut-être le vote ici ne serait-il pas tout à fait le même que celui qui risque de se produire. On prend donc les choses à l'envers. Nous devons disposer de toutes les données pour nous décider.

Mme Tamarelle-Verhaeghe nous invitait tout à l'heure à dissiper la peur. Mais la peur se fonde sur l'expérience, à savoir sur les fermetures de lits, de services, d'hôpitaux qui, ces dernières années, ont déjà abîmé nos territoires en provoquant un recul significatif des services publics. D'ailleurs, l'une des revendications des importantes manifestations qui agitent le pays depuis plusieurs semaines n'est-elle pas le développement des services publics dans tous les territoires ? Nous devons y répondre.

Si la création des GHT avait vraiment stimulé la coopération, nous pourrions en discuter ; mais, dans plusieurs territoires, elle a plutôt abouti à un processus de concentration et de métropolisation à outrance, avec des prises de pouvoir qui ont abouti à « déshabiller » certains hôpitaux. Or on nous demande de renforcer encore les GHT, sans évaluation des effets de la réforme précédente. Ce n'est pas acceptable. Il me semble donc beaucoup plus sage de renoncer à légiférer ainsi et de différer les décisions que nous avons à prendre, en supprimant cet article.

M. le président. La parole est à M. Paul Molac, pour soutenir l'amendement n° 1051.

M. Paul Molac. La classification proposée suscite quelques interrogations. Elle se divise, en gros, en trois. Il y a d'abord les CHU – j'ai bien compris que l'hôpital de Ploërmel n'en serait pas un. Il y a ensuite les « têtes de GHT », si je puis dire, qui auront un certain nombre de spécialités. Ce que nous voulons savoir, c'est si les autres établissements, dans le GHT, pourront comporter des spécialités – un service de

maternité, par exemple, est une spécialité. S'il peut y avoir plusieurs hôpitaux de spécialités dans le même GHT, il n'y a pas de problème.

Il nous faut une réponse. Sinon, je vois très bien ce qui va se passer : on me dira qu'il est très bien, mon hôpital, mais qu'il n'y en a qu'un dans le GHT qui peut avoir une maternité, et donc que le mien va s'en passer ! Et on me dira que c'est la loi, que j'étais là quand on en a discuté, que j'ai voté l'habilitation à légiférer par ordonnance et que tout ça est bien de ma faute !

M. Jean-Paul Lecoq. Très bonne analyse !

M. le président. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1140.

M. Pascal Brindeau. Cette ordonnance que nous devons autoriser ressemble furieusement à une refonte de la carte hospitalière qui ne dit pas son nom. C'est sans concertation, ni nationale, même s'il y a un groupe de suivi, ni locale, qu'on décidera demain où seront les plateaux techniques, où seront les services hospitaliers de premier recours, et où seront reclassés les hôpitaux, c'est-à-dire plutôt déclassés en super-EHPAD.

Puisque chacun en est de son exemple, je vous parlerai de l'hôpital de Vendôme, qui possède un service d'urgences qui traite 22 000 passages par an et un service de radiologie. Il a signé en 1999 un accord de complémentarité avec la clinique privée du Saint-Cœur pour les urgences chirurgicales – ce type d'accord pourrait d'ailleurs être une solution pour maintenir des plateaux techniques dans les territoires. Que deviendra cet hôpital dans votre classification, avec la pression d'un GHT dont la gouvernance a conduit à la totale concentration des services supports, en attendant sans doute le regroupement des services opérationnels et des services de soins dans la ville-centre, à savoir la préfecture de Blois ?

M. le président. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 1159.

Mme Emmanuelle Ménard. La réforme des hôpitaux de proximité est l'un des totems de ce projet de loi. Elle est censée être le vecteur par lequel la médecine de proximité devrait regagner du terrain. Pourtant, certains maires de l'Association des maires de France voient un tour de passe passe derrière tout cela. Pour eux, un hôpital de proximité qui n'a ni service de chirurgie ni maternité est un hôpital de seconde zone, digne des dispensaires d'il y a quelques années. Dans la même veine, plusieurs dénoncent carrément l'accroissement, avec cette réforme, de la métropolisation de la santé.

Du côté des médecins, on ne peut pas dire non plus que cet aspect de la réforme soit bien accueilli : selon le président de l'Association nationale des centres hospitaliers locaux, cette réforme s'inscrit dans la continuité de celles menées par Roselyne Bachelot et Marisol Touraine.

M. Joël Aviragnet. Exactement.

Mme Emmanuelle Ménard. Elle conforte en effet cette vision globale d'un hôpital unique par département.

Bref, on est bien loin de la promesse de revitalisation des territoires par une médecine de proximité et de qualité. C'est pourtant bien de cela que les Français ont besoin, et non d'une médecine distillée par une réforme qui se veut d'envergure mais qui manque sa cible.

On ne peut par ailleurs que déplorer un nouveau recours aux ordonnances, alors qu'il s'agit d'une réforme de la plus haute importance puisqu'elle aura des conséquences très concrètes sur le maillage territorial hospitalier.

Je regrette donc que vous estimiez ne pas avoir besoin des représentants des territoires pour discuter de cette sorte de labellisation des hôpitaux qui, en l'état actuel, aura des conséquences tout à fait inverses à celles souhaitées. D'ailleurs, d'un point de vue technique, on ne peut pas dire que le Gouvernement soit bien sûr de lui puisqu'aucun objectif chiffré pour la création ou la labellisation des hôpitaux n'est vraiment communiqué.

Je regrette donc une nouvelle fois qu'un sujet aussi fondamental soit traité avec tant de légèreté alors qu'il est l'une des premières préoccupations des Français.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1237.

M. Joël Aviragnet. Vous nous citez, madame la ministre, l'hôpital de Pont-Audemer et je veux bien croire que c'est un hôpital de proximité qui fonctionne et qui répond à un besoin réel. Cela étant, cet établissement ne vaut pas règle générale, tout simplement parce que tous les territoires sont différents. Vous parlez de qualité des soins, et c'est essentiel, mais vous n'évoquez jamais l'éloignement géographique, le transport des malades... et c'est pourquoi je soutiens que vous avez une vision urbaine et parisienne de la question.

Ensuite, vous nous demandez de ne pas avoir peur et de vous faire confiance. Mais comment voulez-vous que nous ne soyons pas inquiets, que nous vous fassions confiance ? Si vous aviez voulu instaurer un dialogue authentique, vous n'auriez pas eu recours aux ordonnances.

Ce serait peut-être différent si vous aviez fait preuve ne serait-ce que d'un peu d'écoute, il y a quelques mois, quand nous vous alertions sur la hausse de la CSG pour les petites retraites...

Mme Audrey Dufeu Schubert. Ça n'a rien à voir !

M. Joël Aviragnet. Mais si ! Nous vous avons prévenus ! Tout cela pour en revenir, et c'est ce qui est dramatique, à un point d'équilibre entre nous tous. Quel gâchis, quand on considère comment cela s'est passé... Moi en tout cas, je n'ai pas envie de revivre la même chose.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Sur la méthode, beaucoup d'entre vous ont évoqué la question des ordonnances. Je tiens à remercier Mme la ministre pour son écoute sur le sujet puisqu'en réponse aux demandes réitérées des parlementaires, elle a présenté en commission un amendement retirant les missions socles des hôpitaux du champ de l'ordonnance. Cela a permis d'ouvrir le débat en commission, puis ici même, dès demain matin.

Je rappelle aussi que j'ai présenté en commission un amendement, adopté à l'unanimité, qui a permis de réduire encore le périmètre de l'ordonnance en renvoyant la question du financement au projet de loi de financement de la sécurité sociale – PLFSS.

M. Pierre Dharréville. Continuez !

M. Pascal Brindeau. Encore un effort, monsieur le bourreau !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Des évolutions majeures ont donc bien eu lieu. Il convient de les saluer.

Sur le fond, je pourrais reparler d'optimisme à M. Aviragnet. Il est essentiel que nous débattions de l'hôpital de proximité. Le but est de faire rimer proximité avec qualité et sécurité, qu'il s'agisse des besoins du quotidien, dans les services de médecine, mais aussi potentiellement des services d'urgence ou de périnatalité, ou encore de l'ouverture vers des activités de chirurgie. Il s'agit vraiment d'avancer pour obtenir des soins de qualité au plus près de chez soi.

J'émetts évidemment un avis défavorable sur les amendements de suppression, afin que nous puissions débattre sur le fond avec les amendements suivants.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'article 8 est effectivement d'une grande importance, et je vais essayer de répondre à toutes vos interrogations.

Lors de mon audition en commission des affaires sociales, je m'étais engagée à essayer d'inscrire dans la loi un maximum de dispositions pour éviter de passer par les ordonnances. Je vous ai proposé de le faire pour les missions des hôpitaux de proximité, car je souhaitais que vous puissiez débattre de ce sujet qui est au cœur de la réforme. Ces missions sont maintenant inscrites dans la loi.

Votre rapporteur a également proposé que tout ce qui est relatif au financement soit discuté dans le cadre du PLFSS. Je rappelle que nous souhaitons sortir d'un financement à l'activité, car la vocation de ces hôpitaux n'est pas de chercher à faire des actes et de l'activité, mais de servir une population de proximité.

Ne reste finalement plus dans le champ de l'ordonnance que la question de la gouvernance. En la matière, nous nous sommes engagés à donner une place aux représentants des professionnels de ville, aux élus locaux et aux représentants des patients – c'est, à grands traits, le schéma global, même s'il nous faut poursuivre la concertation pour parachever la rédaction.

Le champ de l'habilitation est donc minimal. L'essentiel, à savoir les missions, pourra être discuté dès demain matin dans l'hémicycle.

J'ai souhaité effectuer avec vous un travail de coconstruction et me placer dans une position d'écoute. Un certain nombre d'entre vous ont expliqué que pour des raisons d'éloignement géographique, les missions socles devaient pouvoir être adaptées à des situations territoriales particulières. J'en ai tenu compte en vous proposant de faire apparaître des missions optionnelles, à la carte, sur-mesure, dont nous discuterons demain. J'ai donc nettement élargi le champ des missions. Nous pourrions en reparler, monsieur Grelier, car j'ai tenu compte de vos remarques.

Cette réforme est majeure. Je ne souhaite pas qu'elle échappe au Parlement : je la mène avec vous. C'est l'objet de notre discussion sur l'article 8. Il est important que vous compreniez que l'objectif consiste à revitaliser les territoires et à adapter l'offre hospitalière à leurs besoins.

Vous êtes nombreux à avoir parlé de la carte hospitalière. Elle n'existe tout simplement pas : il n'y a pas de carte des hôpitaux définie au niveau central et qui redescendrait vers le terrain. La carte des hôpitaux réelle provient de ce qui émane du terrain et des ARS. Il n'existe donc pas de carte hospitalière des hôpitaux de proximité : cela n'aurait pas de sens. Ce sont les acteurs qui fabriquent les projets, il n'y a pas de planification descendante.

Les missions socles qui relèvent de la loi sont volontairement limitées à trois domaines : la médecine – médecine polyvalente, médecine gériatrique –, des consultations de spécialités – j'ai tenu à ce qu'elles y figurent, afin que la population puisse accéder en proximité à de l'ophtalmologie, de la gynécologie, de la cardiologie, ce qui est essentiel –, et un plateau technique de radiologie et de biologie, qui est indispensable aux soins.

Ensuite, nous laissons toute leur place à des missions optionnelles, sur-mesure. Cela peut être un service d'urgence – comme c'est le cas à Pont-Audemer, hôpital dont vous savez qu'il me tient à cœur –, des soins de suite et de réadaptation, un centre de périnatalogie de proximité, de la psychiatrie... En tout cas, il n'y a pas de carte : je le répéterai autant que de besoin.

Madame Benin, vous avez évoqué l'hôpital de la Désirade. C'est en effet un bon modèle d'établissement qui pourrait devenir un hôpital de proximité, car il en a les caractéristiques : des financements adaptés à un territoire. Ce sont des hôpitaux qui n'ont pas pour mission de faire de l'activité, c'est-à-dire de recruter au-delà de leur bassin de vie. En l'espèce, les missions sont adaptées aux besoins.

Monsieur Brindeau, vous avez dit que l'ordonnance servait à faire échapper le débat aux parlementaires. Je vous le répète, la question du financement sera traitée dans le PLFSS, et celle relative aux missions relève désormais du projet de loi. La gouvernance reste le seul sujet qui fasse l'objet d'une habilitation.

Madame Biémouret, je répète qu'il n'y a pas de carte hospitalière. Nous verrons ce qui émanera du terrain. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous n'avons pas été en mesure de vous fournir des chiffres nets : nous ne disposons que d'une évaluation.

Monsieur Lecoq, vous ne comprenez pas l'intérêt de la gradation des soins. Laissez-moi vous donner un exemple adapté à la médecine du XXI^e siècle. En cancérologie, il y a trente ou même vingt ans, on traitait des cancers absolument partout en France, en proximité. On pouvait être opéré d'un cancer et subir une chimiothérapie à côté de chez soi. En fait, n'importe qui était autorisé à traiter le cancer. Mais on s'est rapidement rendu compte que lorsqu'on était traité pour un cancer par quelqu'un qui ne se consacrait pas entièrement à cette activité, on avait une perte de chance, avec un risque de rechute ou d'effets secondaires augmenté.

Progressivement donc, en cancérologie, tout le monde a admis la gradation des soins. Des seuils d'activité sont fixés. On ne peut pas se faire opérer d'un cancer du sein n'importe où. Même un chirurgien viscéral n'a pas le droit d'opérer un cancer du côlon si son activité n'atteint pas les cinquante ou cent actes par an. Cela a permis d'améliorer la qualité des soins.

Aujourd'hui, lorsqu'on a un cancer, on sait qu'on doit se déplacer pour aller dans un centre ou dans un service de cancérologie. C'est la seule garantie d'avoir de la qualité.

Nous mettons en place des filières de prise en charge. Certaines chimiothérapies peuvent être faites en proximité, d'autres non, car elles sont plus complexes : tout cela est organisé. Nous maintenons en proximité ce qui peut être fait sans risque, et les patients se déplacent vers les lieux où se trouvent la compétence nécessaire pour une médecine de pointe.

Aujourd'hui, les Français ne perçoivent pas encore que, pour de nombreuses pathologies et pour beaucoup d'actes, cette gradation des soins devient de plus en plus nécessaire. Il faut des compétences particulières, des plateaux techniques particuliers. La pose de certains dispositifs médicaux, aujourd'hui, nécessite d'avoir pratiqué beaucoup d'actes.

Cette évolution que j'ai décrite pour la cancérologie est désormais nécessaire pour de plus en plus d'autres pathologies, comme la cardiologie interventionnelle par exemple. C'est ce modèle que nous proposons aux patients, parce que c'est cela la médecine du XXI^e siècle.

Monsieur Lurton, vous vous interrogez sur la place des médecins libéraux par rapport aux médecins hospitaliers. L'idée du projet de loi, c'est de faire entrer des médecins libéraux dans l'hôpital de proximité. Ce modèle existe déjà dans un très grand nombre de pays : les médecins peuvent en même temps avoir une activité libérale et suivre leurs patients à l'hôpital, par exemple pour des pathologies bénignes simples nécessitant des antibiotiques ou des anticoagulants – je pense à des phlébites ou à des pyélonéphrites. Cela se fait partout ; il n'y a qu'en France qu'existe une dichotomie franche entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux qui font de la médecine générale.

Je pense à l'exemple très intéressant de l'hôpital de Craon, en Mayenne. La maison de santé pluriprofessionnelle est adossée à l'hôpital de proximité. Les médecins de Mayenne, comme le docteur Gendry, suivent leurs malades : ils font leurs consultations dans la maison de santé, et à d'autres moments de la journée passent voir leurs patients hospitalisés. Ils ont donc une double compétence, ce qui rend l'exercice beaucoup plus attractif et permet de continuer à suivre ses malades.

C'est ce modèle que nous proposons. À l'hôpital de Pont-Audemer, par exemple, le plateau technique est de qualité puisque l'hôpital a pu se doter d'un scanner qu'il n'avait pas auparavant. Ce scanner est partagé entre les radiologues libéraux de Pont-Audemer et les radiologues hospitaliers.

Madame Karamanli, vous nous expliquez qu'il s'agit d'un recul des services publics. Je pense qu'au contraire, c'est la garantie du maintien des services publics.

Lorsque j'ai pris mes fonctions, la première chose que j'ai entendue, c'est que j'étais en train de fermer des hôpitaux. La première chose que j'ai dite aux Français, car je connais leur inquiétude de ne pas pouvoir accéder à une médecine de proximité, c'est que je m'engageais à ne fermer aucun hôpital.

Grâce à cette réforme, cet engagement sera tenu. Aucun hôpital ne fermera, même ceux qui n'ont guère d'activité, ceux qui ont du mal à recruter, ceux qui travaillent uniquement avec des intérimaires, ou qui sont en permanence en déficit en raison d'une déprivation populationnelle provoquant une baisse d'activité considérable. Tous ces hôpitaux pourront être revitalisés avec un investissement et un financement ad hoc correspondant à leur activité.

Cette réforme donc permet de garantir la pérennité de nos hôpitaux locaux. Il s'agit de la porte d'entrée vers des soins gradués de qualité et un système qui permettra aux patients de rencontrer des spécialistes en proximité.

J'en viens à la question de la place des hôpitaux de proximité par rapport aux GHT. J'entends votre demande de les rendre plus autonomes par rapport aux GHT mais pour ma part, je pense que nous perdrons alors tout l'intérêt de la réforme. Inscire un hôpital de proximité au sein d'un GHT, cela oblige à la mutualisation des médecins spécialistes : ils donnent du temps à l'hôpital de proximité. Si vous déconnectez totalement l'hôpital de proximité du GHT, ce dernier n'aura plus de responsabilité en la matière.

À Pont-Audemer, les médecins du Havre, l'hôpital pont du GHT, sont dans l'obligation de donner du temps médical, une consultation par semaine, à Pont-Audemer. C'est comme cela que Pont-Audemer recrute et propose toutes les semaines des consultations de spécialistes venant du Havre. Pour moi, il est essentiel de conserver ces hôpitaux de proximité au sein des GHT : ils ont ainsi la responsabilité de donner accès aux soins de recours en proximité.

Monsieur Perrut, vous vous êtes inquiété de la pérennité des urgences. Elles peuvent être maintenues, comme à Pont-Audemer – ils doivent avoir les oreilles qui sifflent, là-bas, monsieur Aviragnet ! Mais il faut sincèrement reconnaître que c'est un bon modèle.

La question des missions a été sortie de l'ordonnance. Je suis d'accord avec vous, monsieur Perrut : chaque territoire est différent. Nous établirons donc une sorte de liste dans laquelle on pourra choisir les missions qui correspondent le mieux aux besoins.

Madame Ménard, vous parlez de perte de services publics, mais je viens d'expliquer qu'au contraire, ce sera la sécurité et la garantie d'un service public de proximité et de qualité, ce que n'apportent pas aujourd'hui les hôpitaux locaux. Leur taux de fuite montre bien que nos concitoyens l'ont compris : ceux qui ont une voiture préfèrent le plus souvent faire 20 kilomètres de plus pour voir un spécialiste que d'aller à l'hôpital local ! Dorénavant, ce sera au contraire le spécialiste qui viendra à l'hôpital local, se rapprochant ainsi de la population.

Monsieur Door, je vous ai dit pourquoi ces hôpitaux doivent rester dans les GHT.

M. Jean-Pierre Door. Et qu'en est-il de leur personnalité juridique ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cela fera partie de la gouvernance, qui relève du champ de l'ordonnance. Je n'ai aucune idée préconçue sur le sujet, on en discutera. Mais vous savez que, de toute façon, les GHT auront dorénavant l'obligation de mutualiser leurs ressources humaines afin d'éviter que les différents sites ne se fassent concurrence. C'est cela l'objectif : si les GHT ne fonctionnent pas, s'il y a un phénomène d'aspiration, c'est parce qu'on met les sites en compétition, à la fois en raison du mode de tarification, la T2A – tarification à l'activité – et de la tendance de chaque site à essayer de recruter des spécialistes. Pour régler ce problème, nous modifions la T2A et nous mutualisons toutes les ressources humaines, ce qui obligera les professionnels à couvrir l'ensemble du GHT.

Monsieur Grelier, vous déclarez à raison qu'il n'y a pas deux territoires semblables, qu'il ne faut pas uniformiser : c'est bien pourquoi nous prévoyons à la fois des missions socles et des missions à la carte. Vous avez par ailleurs évoqué la petite chirurgie : mon ministère a engagé une réflexion sur les actes de chirurgie ne nécessitant pas d'anesthésie générale, puisque c'est le critère qui fait basculer vers la chirurgie standard, celle qui nécessite alors des anesthésistes et un service de réanimation. Nous allons demander à la Haute autorité de santé de dresser la liste des actes concernés. Je rappelle que tout ce qui se rapporte à l'endoscopie est déjà inclus dans la médecine accessible aux hôpitaux de proximité. Vous avez demandé ce qu'il en était pour la cataracte : ce sera une des questions que nous poserons à la Haute autorité de santé.

Madame Fiat, vous avez dit « sous couvert de gradation des soins ». Mais tous les pays modernes ont mis en place la gradation des soins, c'est vraiment la médecine du XXI^e siècle, celle que nous devons à nos concitoyens ! Aujourd'hui, il y a une médecine à deux vitesses, nous le savons. Certains de nos concitoyens savent à quel spécialiste téléphoner pour trouver la bonne porte et ne pas rester en proximité, tandis que d'autres, mal informés, parfois sans voiture, vont devoir se faire soigner sur place sans être sûrs de la qualité des soins. Je l'ai dit dès mon arrivée au ministère : je souhaite que chaque Français ait accès à la même qualité de soins que celle que je souhaiterais pour un membre de ma famille. Et c'est l'engagement que je prends à travers cette réorganisation car ce n'est pas ce qui existe aujourd'hui. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

Monsieur Dharréville, non, je n'ai pas parlé de créations d'hôpitaux. Il n'y en aura pas de nouveaux : il s'agit de labellisations. Et tout se fera sans coup bas pour les patients, car s'ils doivent être pris en charge dans un autre établissement, généralement l'hôpital de recours, le transport sera pris en charge.

M. Pierre Dharréville. Et celui de la famille ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Mais, monsieur Dharréville...

M. Pierre Dharréville. C'est de cela que je parlais !

M. Joël Aviragnet. Eh oui !

M. le président. Poursuivez, madame la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Oui, il est plus d'une heure du matin. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Monsieur Perrut, vous déploriez l'absence de travail préalable. C'est totalement faux : les hôpitaux de proximité ont été prônés comme le modèle à suivre par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et ce que je propose ici est le fruit d'une année de travail : tous les professionnels de santé, réunis à travers leur syndicats et leur ordres, ainsi que les fédérations hospitalières, ont participé à l'élaboration du rapport du HCAAM. Ensuite, des groupes de travail ont été mis en place, outre une contribution de la fédération hospitalière de France. Tout le monde est d'accord : c'est le modèle vers lequel notre pays doit tendre à l'avenir.

J'en reviens à vous, monsieur Grelier : vous m'avez demandé comment associer les parlementaires à cette réorganisation. Je pense qu'il faut que j'en discute avec la présidente de la commission des affaires sociales, qui n'est pas présente ce soir.

M. Gilles Lurton. C'est dommage !

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'envisage de lui proposer un groupe-contact, comme je l'ai fait avec les associations d'élus locaux. Mais j'attends qu'elle me propose la formule qui lui convienne le mieux. Je m'en remets à sa sagacité.

Monsieur Molac, vous vous inquiétez de savoir s'il peut exister plusieurs hôpitaux de recours ou hôpitaux généraux dans un même GHT : oui, bien sûr, ils peuvent rassembler vingt hôpitaux, dont quinze hôpitaux de recours ! Il n'y a pas de modèle unique. Il pourra même y en avoir sans aucun hôpital de proximité, cela dépendra du bassin de vie.

Monsieur Brindeau, vous avez parlé de Vendôme : je vous informe que cette municipalité fait partie du groupe de travail avec lequel mon ministère travaille à la définition des hôpitaux de proximité. L'hôpital de Vendôme est donc complètement associé à la réforme.

Enfin, madame Ménard, vous avez parlé de métropolisation, mais je crois vous avoir déjà répondu : ce n'est pas l'objet de cette réforme, qui a pour but de développer la gradation et la qualité des soins, dans une proximité assurée.

Nous aurons l'occasion de traiter des maternités lors des prochaines séances, donc je n'y reviens pas. Je crois vous avoir déjà convaincus. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM, MODEM et LT.*)

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

M. Joël Aviragnet. Madame la ministre, puisqu'on a évoqué l'hôpital de Pont-Audemer et le CHU du Havre, je vous signale qu'ils sont distants de 42 kilomètres.

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

M. Jean-Paul Lecoq. Je connais bien Pont-Audemer, et aussi son GHT – j'ai été administrateur au centre hospitalier du Havre. Madame la ministre, vous m'avez dit que je n'avais pas compris la gradation des soins. Merci bien, mais je me demande bien pourquoi. Je comprends bien la gradation des soins, je la connais depuis longtemps. D'ailleurs, à chaque fois que je me suis battu contre la fermeture d'un hôpital, on me répondait que les médecins, y compris les spécialistes, pourraient se déplacer.

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est ce qu'ils font !

M. Jean-Paul Lecoq. Je le sais bien, mais sur la base du volontariat ! Il n'y a pas de contrainte ! Pour le moment, il y a des spécialistes qui l'acceptent, mais il faudra m'expliquer comment on pourrait les y contraindre. Lorsque nous nous sommes battus pour le maintien de l'hôpital de Gisors, vous n'aviez aucun moyen de le faire. Ou alors avez-vous trouvé depuis une nouvelle méthode, pour Pont-Audemer ?

Chacun comprend la gradation des soins, et les gens savent bien comment cela se passe. Si je vous dis que les habitants de Pont-Audemer préfèrent, pour certaines spécialités, aller au CHU de Rouen – et pas au Havre, d'ailleurs – c'est qu'ils savent que la réponse est là-bas, et qu'ils ont compris qu'ils n'auraient pas à Pont-Audemer un spécialiste présent à toute heure pour répondre à leur urgence !

Mais si l'hôpital de Pont-Audemer est devenu la référence, je vais retourner le visiter, comme vous m'avez invité à le faire. Je vous en reparlerai, madame la ministre.

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, toujours dans le même coin de territoire...

Mme Agnès Firmin Le Bodo. En effet, et je peux préciser à M. Aviragnet que l'hôpital du Havre n'est pas un CHU mais un groupe hospitalier.

M. Joël Aviragnet. Je ne suis pas médecin, je ne connais donc pas la différence !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. C'était juste pour remettre les choses à leur place, mon cher collègue, car c'est tout de même important.

L'hôpital de Pont-Audemer, dont on a beaucoup parlé en commission et encore ce soir, est tout de même le plus bel exemple d'intelligence de territoire, le plus bel exemple de ce que nos territoires sont capables de faire lorsqu'ils ont conscience d'un problème. Je siège au conseil de surveillance de l'hôpital du Havre, et je peux vous dire que ce dossier a été travaillé avec tous les acteurs concernés, dans la ferme volonté de conserver un hôpital de proximité – car le but du jeu était très clairement de sauvegarder la proximité. Chacun a pris ses responsabilités, les médecins itou puisqu'ils ont accepté de se déplacer. Nul doute que cette intelligence de territoire, qui prévaut chez les médecins actuels, prévaudra également à l'avenir.

Mme Marietta Karamanli. Ce n'est pas une question d'intelligence !

Mme Ericka Bareigts. C'est une question de moyens !

M. le président. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je ressens beaucoup d'inquiétude chez nos collègues au travers de ces amendements de suppression. Je veux les rassurer, notamment Mme Ménard qui pense que les hôpitaux de proximité ne comportant pas de services de chirurgie ou de maternité seront relégués parmi les établissements de seconde zone. L'excellence médicale ne se résume pas, fort heureusement, à la présence ou non de certaines spécialités. Nous avons l'occasion, au travers des hôpitaux de proximité, de valoriser la médecine. Il faut savoir qu'en 2030, neuf patients sur dix auront plus de 70 ans. L'objet de cette réforme est de préparer le maillage territorial pour répondre à ce défi, le plus grand, celui du vieillissement de la population et de l'accroissement de la longévité. Ce sera une belle occasion de revaloriser certains métiers, notamment ceux de la médecine gériatrique, qui a tant besoin de ce maillage territorial. Oui aux hôpitaux de proximité ! (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, puis nous passons au vote.

M. Jean-Pierre Door. J'ai entendu ce que disaient M. Lecoq et d'autres collègues, et je confirme que le problème important sera de trouver l'équilibre entre ces différents hôpitaux. Lors de votre audition, madame la ministre, j'avais indiqué que la future commission médicale d'établissement du GHT constituerait un outil essentiel. (*M. Cyrille Isaac-Sibille applaudit.*) Il faudra soit, dans l'ordonnance, assurer l'équilibre au sein de cette commission, soit laisser aux actuelles commissions médicales le choix de s'organiser ensemble pour pouvoir élire la commission du GHT. En tout cas, on devra trouver un équilibre global favorisant les échanges sur le plan médical entre les uns et les autres, et permettant que cela se passe au mieux sans contrainte hiérarchique.

(*Les amendements identiques n^{os} 81, 182, 249, 366, 1051, 1140, 1159 et 1237 ne sont pas adoptés.*)

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 matin, à neuf 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, le jeudi 21 mars 2019 à une heure dix.)

*Le Directeur du service du compte rendu de
la séance de l'Assemblée nationale*

SERGE EZDRA