

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen des articles du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure sur le titre I^{er} du projet de loi, M. Thomas Mesnier, rapporteur général et rapporteur sur les autres dispositions) 2
- Présences en réunion 43

Jeudi

14 mars 2019

Séance de 14 heures

Compte rendu n° 56

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

**Présidence de
Mme Brigitte Bourguignon,
Présidente,**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Jeudi 14 mars 2019

La séance est ouverte à quatorze heures.

(Présidence de Mme Brigitte Bourguignon, présidente)

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

Article 18 : Mesures de simplification

La commission examine l'amendement AS501 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit, par cet amendement, de prendre des mesures de simplification dans le cas des recours à l'appel à projets pour les établissements médico-sociaux.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Des exonérations sont déjà possibles, en cas de transformation d'un établissement médico-social sans changement de public, ou d'extension en dessous d'un certain seuil.

Une expérimentation d'exonération pour les extensions sans niveau de seuil a permis à l'Île-de-France de lancer en 2018-2019 un appel à manifestation d'intérêt sur la transformation de l'offre pour personnes handicapées, laissant une grande latitude aux acteurs pour répondre par des solutions innovantes, sans cahier des charges préétabli. Cette expérimentation, engagée dans quatre régions, pourrait être étendue.

L'article 51 de la LFSS pour 2018 permet aussi à des projets innovants, issus du terrain – donc sans appel à projets initié par l'ARS – de voir le jour.

Enfin il convient de ne pas trop démanteler l'appel à projets, qui reste une procédure utile pour mettre en concurrence les acteurs du secteur, afin de faire le meilleur choix. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'amendement de précision rédactionnelle AS1578 du rapporteur.*

Elle en vient ensuite aux amendements identiques AS370 de M. Gilles Lurton et AS1485 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS370 vise à étendre l'état des prévisions de recettes et des dépenses (EPRD) à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux du champ du handicap.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS1485 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La généralisation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses est prévue par l'article 18, mais elle est liée à celle des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Or cet amendement prévoit le passage à l'EPRD sans CPOM, ce qui est problématique. En effet, l'EPRD démarre par une notification des recettes à l'établissement, contrairement à la dotation globale, qui démarre par une demande budgétaire de l'établissement à sa tutelle. Cela suppose l'existence d'un CPOM, qui a posé au préalable le diagnostic et les besoins pluriannuels de l'établissement. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS1389 de Mme Albane Gaillot.

Mme Annie Vidal. Cet amendement a pour but de faire évoluer le régime de l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Ces évolutions visent à permettre aux autorités chargées du renouvellement de l'autorisation de mieux accompagner la transformation et la recomposition de l'offre sur leur territoire. Pour cela, la loi prévoit d'étendre les conditions du renouvellement de l'autorisation, notamment à des critères de réponse aux besoins du territoire.

Dans le même objectif de garantir la compatibilité des autorisations avec l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux ou l'absence de disproportion des coûts par rapport au service, la loi prévoit le retrait automatique de l'autorisation en cas de retrait de l'habilitation financière, sauf demande expresse du gestionnaire de poursuivre son activité sans faire appel à des financements publics.

Ces évolutions ont également pour objectif de renforcer le lien entre les résultats de l'évaluation et le renouvellement de l'autorisation, afin que la qualité des prestations délivrées par les ESSMS continue à constituer une condition de la poursuite de leurs activités à l'échéance de l'autorisation.

Ces modifications du cadre juridique du régime de l'autorisation des ESSMS seront déterminantes pour renforcer l'effectivité de la démarche qualité des services et structures et la transformation de l'offre sur les territoires.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable à cet amendement qui permet une meilleure prise en compte des besoins du territoire et qui devrait contribuer à améliorer la qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS10 de M. Matthieu Orphelin et AS1097 de Mme Martine Wonner.

M. Matthieu Orphelin. Il s'agit de supprimer des alinéas de cet article 18, qui nous paraissent des cavaliers un peu surprenants dans cette loi santé si nous voulons maintenir une protection adaptée de l'eau potable.

Le premier alinéa concerne les petits captages, pour lesquels, avec cette loi, on passerait d'une logique de prévention de la pollution de l'eau à une logique où la pollution doit être avérée pour qu'une protection soit mise en place. Quant au deuxième alinéa, il restreint la participation du public à l'élaboration des actes modifiant les périmètres de protection des captages, ce qui ne me paraît évidemment pas pertinent. Nous proposons donc de maintenir les dispositifs actuels.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement AS1097 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La procédure de mise en place d'un unique périmètre de protection immédiate ne se traduira pas par une diminution de la qualité de l'eau, au contraire : cette procédure s'appliquera uniquement aux captages qui, aujourd'hui, ne bénéficient d'aucun périmètre de protection en raison d'une procédure longue et complexe.

Lorsque cette procédure simplifiée sera achevée et que le périmètre de protection unique sera instauré, il en résultera un risque moindre de pollution pour l'eau captée, et donc une meilleure qualité d'eau potable pour les populations alimentées par ces petits captages de moins de cent mètres cubes par jour.

Par ailleurs, en cas de risque avéré de dégradation de la qualité de l'eau, identifié lors de l'étude préalable à toute mise en place des périmètres de protection, le périmètre de protection immédiate sera complété par un périmètre de protection rapprochée, voire par un périmètre de protection éloignée. Avis défavorable sur ces amendements.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Monsieur Orphelin, le caractère cavalier d'un amendement s'apprécie par rapport aux dispositions du projet de loi initial. Dès lors qu'elle figure dans l'un des articles de celui-ci, une disposition n'est pas un cavalier.

M. Matthieu Orphelin. Je vous remercie, madame la présidente, pour cette explication, mais en quoi ce deuxième alinéa, qui restreint la participation du public à l'élaboration des actes modifiant les périmètres de protection des captages, est-il en rapport avec le projet de loi que nous examinons ?

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. C'est au Gouvernement qu'il faut poser la question.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il s'agit d'une mesure de simplification. Quant aux autres éléments de réponses, je vous les ai déjà apportés.

M. Paul Christophe. Nous avons en effet le sentiment que ce projet de loi consacré à l'organisation et à la transformation du système de santé sert en l'occurrence de véhicule législatif pour toute une série de dispositions gouvernementales, ce qui rend perplexe – je l'avais d'ailleurs indiqué en préambule à nos travaux.

Pour le reste, nous sommes toujours inquiets lorsqu'il s'agit de la qualité, sachant que, sur le territoire métropolitain comme dans nos DOM-TOM, nous ne sommes pas forcément les mieux-disants en la matière. Nous serons donc très attentifs à ce que la directive ne vienne pas dégrader la situation.

La commission rejette les amendements.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS1579 du rapporteur.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1475 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement vise à assouplir le droit en vigueur et à aligner le niveau d'exigence avec celui le droit de l'Union européenne en ce qui concerne des dispositions spécifiques à l'eau.

La disposition a ainsi pour effet de permettre un report des échéances fixées pour l'atteinte du bon état des masses d'eau du fait des conditions naturelles, sans limite dans le temps. En effet, la transposition française actuelle de l'article 4 de la directive-cadre sur l'eau 2000/60/CE limite ce report à deux mises à jour du document de planification de l'eau, soit jusqu'à 2027. Or, l'article 4 de la directive-cadre sur l'eau prévoit la possibilité de mobiliser cette dérogation sans qu'elle soit accompagnée d'une limite de report. Il convient donc d'aligner les termes de la transposition française sur les termes de la directive elle-même.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable à cet excellent amendement qui permet d'aligner les dispositions applicables en France avec celles prévues par la directive européenne.

M. Pierre Dharréville. Au-delà du fait qu'on se demande si cette disposition a vraiment sa place dans ce projet de loi, je m'interroge sur le fait de savoir si cet assouplissement ne constitue pas un recul par rapport au droit existant, en termes d'exigence de qualité de l'eau.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous parlons d'une directive sur la qualité de l'eau qui s'inscrit dans le domaine de la santé et de l'environnement. L'idée est d'aligner notre droit avec le droit européen, sans surtransposer.

La commission adopte l'amendement.

La commission examine ensuite l'amendement AS1476 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement vise à transposer une directive européenne, afin d'assouplir des dispositions applicables dans le domaine de l'eau à Mayotte.

Concernant l'atteinte du bon état des masses d'eau, la disposition a pour objet de prévoir des échéances différentes de celles prévues pour la métropole et le reste des outre-mer, soit 2021 au lieu de 2015. Depuis la départementalisation de Mayotte, le 31 mars 2011, le principe de l'identité législative implique que, sauf adaptation spécifique, l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires applicables à la métropole sont applicables à ce territoire. L'échéance d'atteinte du bon état des masses d'eau fixée à 2015, en application de la directive-cadre sur l'eau 2000/60/CE, transposée à l'article L. 212-1 du code de l'environnement, est donc aujourd'hui applicable à Mayotte.

Cela étant, au niveau communautaire, Mayotte se voit appliquer le droit de l'Union, avec des adaptations possibles à compter du 1^{er} janvier 2014, date de sa reconnaissance en tant

que région ultra-périphérique de l'Union (RUP). L'article 3 de la directive 2013/64/UE prévoit ainsi une adaptation pour Mayotte, en ce qui concerne notamment l'échéance d'atteinte du bon état des masses d'eau, fixée à 2021. Il convient donc de transposer cette date dans le droit national au plus vite, d'autant que l'échéance de transposition de la directive 2013/64/UE, fixée au 31 décembre 2018, est à ce jour dépassée.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur, la commission **adopte** l'amendement.*

Puis elle en vient à l'amendement AS1481 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. L'amendement AS1481, dont j'ai déjà parlé hier, vise à simplifier le fonctionnement des agences régionales de santé, en donnant la possibilité à leur directeur général de fusionner les deux commissions de coordination des politiques publiques compétentes, à la fois dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, ainsi que dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, en une seule commission.

L'organisation des ARS prévoit la constitution de deux commissions de coordination des politiques publiques, l'une compétente dans le domaine de la prévention, l'autre dans la prise en charge des accompagnements médico-sociaux. Or la composition de ces commissions est, en très grande partie, identique. Elles associent toutes les deux les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements, ainsi que les organismes de sécurité sociale. Ces commissions sont compétentes pour coordonner les actions conduites par leurs membres.

Dans le cadre de la revue de leurs missions, actuellement menée sous l'égide du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, les ARS ont majoritairement émis le souhait de simplifier leur fonctionnement, notamment en fusionnant ces deux commissions, dans la mesure où leurs membres sont en très grande partie les mêmes. Il est donc proposé de donner la possibilité au directeur général de l'ARS, s'il le souhaite, de fusionner les deux commissions de coordination des politiques publiques. Cette mesure de simplification vise à optimiser le fonctionnement des ARS, en rationalisant l'organisation des commissions placées auprès d'elles.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement s'inscrit dans la continuité des différentes mesures prévues au titre IV du projet de loi, qui visent à simplifier, à rationaliser et à alléger les procédures pour améliorer leur efficacité. Lors de leur audition, les ARS nous avaient fait part de leurs attentes en matière de simplification ; cet amendement contribue à y répondre. Avis favorable.

Mme Jeanine Dubié. Madame la ministre, au cours de la discussion que nous avons eue sur un amendement, après l'article 7, vous nous aviez effectivement annoncé que vous présenteriez cet amendement à l'article 18. Dans la mesure où un décret fixera la composition et le fonctionnement de la nouvelle commission, ne serait-il pas possible d'étendre son domaine de compétences à l'aménagement sanitaire du territoire ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Les acteurs de ce domaine ne sont pas forcément les mêmes que ceux des deux commissions destinées à fusionner. J'en discuterai avec les ARS et vous apporterai une réponse en séance.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS1580, AS1583 et AS1584 du rapporteur.

Enfin, elle adopte l'article 18 modifié.

Après l'article 18

La commission examine l'amendement AS197 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Cet amendement vise à favoriser l'émergence de propositions innovantes de la part des gestionnaires, en leur permettant de déposer, en dehors de la procédure d'appel à projet, leur demande d'autorisation de projets expérimentaux. L'autorisation continuera, bien sûr, d'être délivrée par les autorités compétentes.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 permet déjà à des projets innovants issus du terrain de voir le jour. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle étudie ensuite les amendements identiques AS16 de Mme Ericka Bareigts et AS512 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Ericka Bareigts. L'amendement AS16 vise à ajouter à la liste des établissements exonérés de la procédure d'appel à projet les appartements de coordination thérapeutique, au même titre que les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA).

Mme Michèle de Vaucouleurs. Chaque année sont formulées plus de 10 000 demandes d'admission en appartement de coordination thérapeutique. Chaque organisation gestionnaire est située sur un territoire qui lui a été attribué par l'ARS. Pour mieux répondre à cette forte demande, la stratégie de lutte contre la pauvreté a prévu, en lien avec les projets régionaux de santé, de mieux doter chaque organisation existante. Or la règle des 30 % d'extension, hors appel à projet, est incompatible avec ces petites structures. Les ARS, pour ouvrir parfois un très petit nombre de places – trois ou quatre –, doivent recourir à une procédure lourde, lorsque l'association gestionnaire a déjà atteint ces 30 %. L'amendement AS512 propose d'ajouter à la liste des établissements exonérés de la procédure d'appel à projet les appartements de coordination thérapeutique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le sujet a déjà été abordé en tout début de réunion. Je ne reprendrai pas mes arguments ; mon avis reste défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS247 de M. Paul Christophe et AS1233 de Mme Delphine Bagarry.

M. Paul Christophe. Les évolutions technologiques et informatiques en officine permettent aujourd'hui d'envisager une simplification des modalités de transmission du

chiffre d'affaires aux autorités concernées, afin de déterminer le nombre de pharmaciens assistant les titulaires d'officine. Cette simplification vise à faciliter le travail des pharmaciens d'officine, mais également celui des ARS, destinataires de ces informations et chargées du contrôle.

L'amendement AS247 appelle également l'attention du Gouvernement sur la nécessité de faire évoluer l'arrêté du 1^{er} août 1991, lequel fixe le nombre d'adjoints requis en fonction du seul chiffre d'affaires de l'officine. Or ce critère n'apparaît plus pertinent au vu des nombreuses évolutions de la profession et de son modèle économique. Il serait donc pertinent de supprimer ce critère ou d'en adjoindre de nouveaux.

Mme Delphine Bagarry. Mon amendement AS1233 a le même objet. De plus en plus de médicaments coûteux sont dispensés par les pharmacies d'officine. Même si la rémunération des pharmaciens est plafonnée, cela fait augmenter *de facto* leur chiffre d'affaires, sans toujours correspondre à une augmentation de la patientèle.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez modifier les critères de détermination du nombre d'adjoints requis en pharmacie, lequel dépend aujourd'hui uniquement de l'importance du chiffre d'affaires. Ces critères sont définis par un arrêté ministériel. Demande de retrait.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous avons engagé des négociations. Une réflexion, qui associe le ministère et des organisations professionnelles, est actuellement menée pour assouplir l'application du mode de calcul dans le recrutement des pharmaciens adjoints. Nous ne sommes pas très favorables au maintien de la notion de chiffre d'affaires, qui n'offre pas la souplesse nécessaire et ne permet pas d'adapter les critères à d'autres éléments – qualité des ventes et des produits vendus, par exemple. Certains médicaments, très chers, font énormément augmenter le chiffre d'affaires, sans que cela ne forcément exiger un travail supplémentaire. Qui plus est, votre rédaction n'est pas appropriée, puisque l'on ne parle plus de pharmacien assistant, mais de pharmacien adjoint. Avis défavorable.

M. Paul Christophe. Nous ne savons pas tout, madame la ministre ! J'avais déposé cet amendement d'appel pour vous entendre. Vos éclaircissements étant satisfaisants, je retire mon amendement.

L'amendement AS247 est retiré.

Mme Delphine Bagarry. Je retire le mien également.

L'amendement AS1233 est retiré.

La commission examine ensuite les deux amendements identiques AS246 de M. Paul Christophe et AS1232 de Mme Delphine Bagarry.

M. Paul Christophe. La convention pharmaceutique régit les relations entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine. Or la signature des conventions et avenants par de nombreux ministères ne permet pas une application rapide et efficace des mesures négociées.

L'amendement AS246 vise donc à simplifier les procédures de validation des accords conventionnels conclus entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs de la pharmacie d'officine pour permettre aux pharmacies d'officine d'intégrer plus rapidement ces évolutions conventionnelles.

Mme Delphine Bagarry. J'attends les explications de la ministre sur mon amendement identique AS1232.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vos amendements visent à rendre applicables à la convention pharmaceutique les modalités d'approbation de la convention médicale.

Aujourd'hui, la convention et ses avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget : la signature de l'arrêté par de nombreux ministre ne permet pas une application rapide des réformes.

Vous proposez que la convention pharmaceutique soit approuvée dès lors que le ministre chargé de la santé, de la sécurité sociale ne s'y oppose pas ; cette mesure de simplification me paraît tout à fait bienvenue. Elle correspond à l'esprit du projet de loi, qui comporte déjà plusieurs mesures d'allègement des procédures.

Il me semble néanmoins que la rédaction pourrait être précisée pour mieux articuler les nouvelles modalités d'approbation des conventions pharmaceutiques avec celles en vigueur pour les conventions médicales. Je vous suggère donc de retirer vos amendements, pour qu'ils soient retravaillés avant la séance publique. À défaut, je devrai émettre un avis défavorable.

M. Paul Christophe. Je propose plutôt de maintenir mon amendement, avant d'en déposer un nouveau en séance publique.

Mme Delphine Bagarry. Je retire mon amendement. Mais il faut tout de même simplifier les choses.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous sommes d'accord sur le principe, mais non sur la rédaction. Je voulais donc vous proposer un amendement sur ce sujet en séance publique.

M. Paul Christophe. Si vous prenez l'engagement de nous accompagner pour trouver une nouvelle rédaction, je retire mon amendement.

Les amendements sont retirés.

Puis la commission examine l'amendement AS1639 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Des difficultés sont apparues, au cours de nos auditions, dans l'approche suivie par les différents mécanismes et dispositifs d'appui à la coordination : les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), points d'information locaux dédiés aux personnes âgées, leur permettant d'obtenir tous les renseignements nécessaires pour faire face à une situation de perte d'autonomie ; les

dispositifs de méthode d'intégration des services d'aide (MAIA), qui permettent une coordination entre les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire ; les plateformes territoriales d'appui (PTA) à la coordination des parcours de santé complexes.

L'amendement AS1639 poursuit l'objectif d'amélioration du service rendu, de simplification et de lisibilité des dispositifs existants.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous partageons pleinement ce souhait d'améliorer le service rendu, de simplifier et d'améliorer la lisibilité des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé au bénéfice des usagers.

On sait que les professionnels de santé et les usagers peinent à se retrouver dans tous ces dispositifs. Nous sommes d'accord avec vous sur le fait qu'il y a là une réelle complexité. Cela dit, l'amendement que vous proposez mériterait d'être retravaillé sur certains points : sur le périmètre de cette fusion pour commencer, votre proposition n'incluant pas les réseaux de santé qui ont naturellement vocation à l'intégrer ; sur la question de savoir comment on traite les CLIC qui, eux, relèvent des départements et ne peuvent donc pas être traités de la même façon que les autres dispositifs cités ; sur le calendrier de mise en œuvre de ce processus, qui va demander du temps, compte tenu de la diversité des dispositifs actuels ; enfin, sur les garanties à apporter à tous les personnels qui sont employés dans ces dispositifs et à leurs gestionnaires.

Autrement dit, sur le fond, nous sommes très favorables à votre amendement. Mais sur la forme, je préférerais prendre le temps de coconstruire une solution avec l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires, pour aller vers un dispositif unique et simplifié. Je vous propose donc de retirer votre amendement afin de retravailler d'ici à la séance publique à une rédaction qui permettra de répondre à ces questions.

Mme Jeanine Dubié. Je partage l'objectif du rapporteur de regrouper, à un moment donné, l'ensemble du dispositif qui entoure l'accompagnement des personnes âgées, notamment leur accès aux soins.

Reste, comme l'a dit fort justement madame la ministre, que les CLIC sont financés par les conseils départementaux : y a-t-il eu une discussion avec les représentants des départements sur ce point ? En outre, cela me paraît un peu compliqué de mélanger des dispositifs avec des services. Je partage le point de vue de la ministre.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Effectivement, je partage totalement l'intérêt pour ce rapprochement, tant en termes de lisibilité que, probablement, en termes d'économies. Je nourris cependant quelques inquiétudes au sujet de l'adhésion des salariés de ces différentes structures à un mouvement qui teste leur capacité de se réorganiser. La finalité poursuivie est la bonne, mais nous avons peut-être besoin d'un peu de temps supplémentaire. Sur ce point, je m'en remets à l'appréciation de madame la ministre.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je suis très surprise que cet amendement figure dans ce projet de loi relatif à la santé, alors que nous sommes quelques-uns à travailler sur la loi relative au grand âge et à l'autonomie. Un atelier a été consacré au parcours, et certains membres ce groupe de travail, dont je fais partie, ont été surprises, voire un tout petit peu

contrariées, de voir qu'on anticipait quelque chose sur quoi nous étions en train de travailler collectivement.

En finir avec l'empilement, oui. Mais j'allais vous proposer le retrait de l'amendement, pour mieux l'inclure dans le futur projet de loi relatif à l'autonomie, qui pourra fusionner tous ces dispositifs.

M. Jean-Carles Grelier. Mes remarques iront dans le même sens que celles de mes collègues : CLIC, MAIA et PTA relèvent, pour l'essentiel, de la compétence des départements. Ce sont des structures qui ont déjà beaucoup évolué ces dernières années. Il n'y a encore pas si longtemps, les CLIC relevaient des centres communaux d'action sociale, avant que ceux-ci soient départementalisés. Leurs personnels sortent à peine d'une restructuration.

Je pense qu'une vraie concertation avec les départements serait utile. Je pense que ce type de texte aurait effectivement peut-être plus sa place dans le texte sur le grand âge et sur la dépendance que le présent projet de loi. En ce qui me concerne, je serai aussi partisan d'un retrait, sinon d'un vote défavorable.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Rappelons le contexte : un travail est en cours sur l'accompagnement de nos aînés et sur la dépendance. C'est un sujet éminemment sensible, qui exige effectivement beaucoup de précautions. Je pense qu'il faut se donner le temps nécessaire pour être de tout mener à bien. Je fais ainsi écho aux remarques de madame Firmin Le Bodo.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Tous les points de vue se rejoignent. qu'envisagez-vous, monsieur le rapporteur ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je vois que plusieurs rapporteurs sont apparus dans la salle !

Plus sérieusement, ce sujet a émergé durant les auditions où il est apparu éminemment important et sensible. J'ai conscience que ma rédaction est encore à améliorer. Mon idée était d'abord de porter le débat devant vous, en commission.

Je ne suis pas tout à fait d'accord sur le fait de réserver ce rapprochement au grand âge : les dispositifs en cause concernent vraiment tous les publics. On ressent une grande nécessité de lisibilité et de simplicité dans ces domaines où l'on fonctionne aussi beaucoup en silos. Il doit être possible de simplifier les choses.

Cela dit, le débat ayant été engagé, je vais retirer mon amendement pour en rediscuter au besoin lors de la séance publique.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS1164 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Cet amendement a pour objet de demander un rapport sur la possibilité de créer un pôle public du médicament. Les récents scandales sanitaires – Levothyrox, Dépakine – comme des pénuries de médicaments montrent un besoin de régulation publique face au poids économique de l'industrie pharmaceutique. Un pôle public

du médicament, doté de moyens suffisants, permettrait de rééquilibrer de façon indépendante la recherche clinique et pharmaceutique sur les enjeux de santé publique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous proposez de regrouper trois organismes : l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), chargée d'évaluer les risques sanitaires présentés par les médicaments et produits de santé, qui est aussi l'autorité unique en matière de régulation des recherches biomédicales, la Haute Autorité de santé (HAS), chargée d'évaluer d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement, qui définit des recommandations de bonne pratique clinique et des recommandations de santé publique, certifie les établissements de santé et accrédite les praticiens de certaines disciplines médicales, et enfin le Comité économique des produits de santé (CEPS), chargé par la loi de fixer les prix des médicaments et les tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Ces organismes ont chacun des missions larges et différentes. Il ne me paraît pas opportun de les fusionner. D'ailleurs, votre amendement ne figure pas sous forme de proposition dans votre récent rapport sur les dispositifs médicaux, que nous avons adopté la semaine dernière en commission, et dont je salue la qualité.

Avis défavorable.

M. Alain Bruneel. Effectivement, il y a peut-être là un mélange des genres. Ce qui n'enlève rien à l'intérêt d'un pôle public du médicament.

L'amendement est retiré.

Chapitre II – Mesures de sécurisation

Article 19 : Habilitations à légiférer par ordonnances

La commission examine l'amendement AS423 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. J'ai déposé pour le principe cet amendement de suppression de l'article. D'abord, la procédure par ordonnance m'a un peu heurté et, surtout, les vues et propositions relatives à l'adaptation de l'organisation et du fonctionnement des ARS me semblent éminemment floues. Mais, dès lors que madame la ministre nous confirme que la représentation nationale sera associée à la définition des ordonnances et à leur rédaction, je suis prêt à retirer mon amendement.

L'amendement AS423 est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS693 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement tend à préciser que la revue des missions des ARS, dans le cadre de l'ordonnance qui est prévue, devra être faite en lien avec la stratégie nationale de santé et en vue de recentrer les missions dans le cadre des priorités gouvernementales pour la transformation du système de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cela me paraît assez évident, pour ne pas dire superflu. Je vous invite à retirer cet amendement, sans quoi j'émettrai un avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je tiens à rassurer M. Isaac-Sibille.

Les missions des ARS vont bien au-delà de la transformation du système de santé : inscrire dans la loi les précisions que vous demandez serait un peu restrictif.

Les ARS s'inscrivent évidemment dans la stratégie nationale de santé et elles conduisent les réformes qui leur sont demandées. Elles sont également chargées du contrôle des eaux, parmi beaucoup d'autres missions.

Je vous propose de retirer cet amendement. À défaut, je donnerai un avis défavorable.

L'amendement AS693 est retiré.

Puis la commission adopte l'amendement rédactionnel AS1585 du rapporteur.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS1489 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Comme j'ai bien entendu la réponse qui m'a été faite, je vais retirer également cet amendement.

L'amendement AS1489 est retiré.

La commission adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS1586 du rapporteur.

Puis elle est saisie de l'amendement AS768 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. L'amendement AS768 vise à assurer que, quel que soit le statut juridique adopté par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les modalités du renouvellement de leur gouvernance et de leur durée seront précisées.

La stratégie « Ma santé 2022 » affiche une ambition forte pour le déploiement des CPTS : elles doivent couvrir l'ensemble du territoire d'ici à la fin du quinquennat. Ce déploiement doit, en particulier, permettre de faire de l'exercice isolé une exception. Une incitation des professionnels de santé est prévue dans le cadre d'une modulation, ou d'une mise sous condition, d'une partie de leur rémunération.

Le cadre juridique des CPTS doit permettre d'assurer la gouvernance la plus équitable possible, d'autant qu'il ne pourra pas exister de chevauchement des CPTS dans un territoire. Il ne faudrait pas que le principe du premier servi conduise à faire peser un poids particulier, ou supplémentaire, sur de nouveaux membres qui intégreraient une structure, ou qu'une première création obère toute nouvelle implantation d'une façon définitive.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous demandez des précisions au sujet de l'ordonnance à venir. Je vous propose de retirer l'amendement, mais je vais surtout laisser la ministre s'exprimer sur ce sujet.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je comprends tout à fait que vous vous inquiétiez de la gouvernance des CPTS. L'habilitation que nous proposons de confier au Gouvernement permettra d'adapter par ordonnance les cadres juridiques qui permettront à ces structures d'assurer au mieux leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement.

Nous attendons la fin des négociations conventionnelles en cours sur les CPTS, qui vont définir leurs missions ; nous mènerons ensuite des travaux de coconstruction pour faire en sorte que les évolutions à venir correspondent bien aux besoins des professionnels, sachant que notre intention est de laisser le maximum de souplesse aux acteurs de terrain afin qu'ils puissent vraiment exercer leurs missions. Nous le ferons en partant de leurs propres besoins et en normant au minimum l'organisation et la gouvernance des structures.

Voilà le champ de l'ordonnance et la philosophie de ce projet de loi, qui consiste à faire confiance aux acteurs territoriaux et à leur donner les moyens d'exercer leurs missions.

Je vous invite à retirer votre amendement ; sinon j'y serai défavorable.

Mme Nathalie Elimas. Merci pour ces précisions, je vais retirer mon amendement.

L'amendement AS768 est retiré.

L'amendement AS753 de M. Philippe Vigier est également retiré.

La commission examine alors l'amendement AS1402 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Le II de l'article 19 habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnance pour favoriser le développement de l'exercice coordonné des médecins dans le cadre des maisons de santé ou des centres de santé. Notre amendement tend à préciser le cadre de cette habilitation dans le but de promouvoir l'emploi salarié des médecins en cas d'exercice coordonné, étant donné que cela correspond de plus en plus aux aspirations des jeunes médecins. Nous pensons qu'il faut accorder une importance particulière à l'impulsion donnée aux centres de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Pour les raisons déjà évoquées, je demande le retrait de cet amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle aborde l'amendement AS1553 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. L'amendement AS1553 concerne la création, à compter du 1^{er} janvier 2020, de l'ARS de Mayotte et de celle de La Réunion – cette dernière deviendra, de fait, indépendante de l'ARS Mayotte-La Réunion qui existe aujourd'hui.

Dans sa rédaction actuelle, l'article 19 comporte une habilitation à légiférer par ordonnance pour créer ces deux ARS au lieu et place de l'Agence de santé de l'océan Indien. Je propose de substituer à cette habilitation un ensemble de dispositions de nature législative qui ont été préparées par mes services. La rédaction qui vous est proposée tient compte des amendements déposés par certains d'entre vous à l'article 19.

La création d'une ARS à Mayotte traduit l'engagement pris par le Gouvernement en 2018, dans le cadre du plan d'action de l'État pour l'avenir de Mayotte, de rééquilibrer les réponses à la situation sanitaire de ce territoire en posant les bases d'une ARS de plein exercice. Dans le même temps, une ARS de La Réunion sera identifiée au lieu et place de l'ARS de l'océan Indien.

Ces dispositions traitent essentiellement des aspects « ressources humaines », financiers, comptables et immobiliers. Les missions prévues seront naturellement identiques à celles de toutes les ARS.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je suis tout à fait favorable à cet amendement, sur la forme comme sur le fond.

Sur la forme, cet amendement permet de supprimer une habilitation à légiférer par ordonnance, au moyen d'un amendement « en dur » qui, je le sais et je tiens à en remercier la ministre, a fait l'objet d'un travail en partenariat avec notre collègue Ramlati Ali, députée de Mayotte.

Sur le fond, on peut se réjouir de la création d'une agence de plein exercice à Mayotte, car cela constitue une réponse à la gravité de la situation sanitaire sur place, dans un contexte de grande précarité de sa population.

M. Jean-Hugues Ratenon. Je salue la décision du Gouvernement de prendre en compte, à travers cet amendement, la volonté des parlementaires, notamment ceux de Mayotte, d'avoir une agence de plein exercice, et non une petite instance sans véritable pouvoir ni moyens. Cela étant, nous restons extrêmement vigilants et nous analyserons en profondeur l'amendement du Gouvernement – celui-ci a, on le sait, pour habitude de déposer des amendements à la dernière minute, ce qui nous prive des lumières apportées par les études d'impact.

Nous allons voter pour cet amendement tout en rappelant que les moyens de l'Agence régionale de santé de l'océan Indien (ARS-OI) sont actuellement insuffisants par rapport aux besoins de terrain. Prenons garde, par ailleurs, à ne pas déshabiller l'un pour habiller l'autre, malgré les assurances que vous m'avez données, madame la ministre, lors de votre audition par cette commission sur le fait que les moyens existant à La Réunion au titre de l'ARS-OI resteront à l'ARS de la Réunion et que de nouveaux moyens seront alloués à l'ARS de Mayotte, notamment par la création de dix nouveaux postes. Compte tenu de ces éléments, je crois qu'il serait judicieux de préparer dès à présent les Mahorais et les Mahoraises à occuper ces postes par de la formation et une recherche de compétences.

Mme Ericka Bareigts. Je veux saluer, bien sûr, la création d'une agence régionale de santé à Mayotte, tout en formulant le souhait que les ARS continuent à travailler ensemble. Je crois que l'on gagnerait, dans ce bassin de l'océan Indien, à toujours rester dans une idée de coopération et d'échange, parce que nos îles sont tout simplement cousines et sœurs et

qu'il y a un flux de passagers, et donc des problématiques qui touchent aussi bien les unes que les autres. Je vous remercie pour la création de l'ARS de Mayotte, en espérant qu'il y aura une belle coopération entre les deux agences régionales.

Mme Ramlati Ali. La création de cette nouvelle agence est un acte positif et attendu, que nous saluons : la population mahoraise souhaite disposer des mêmes infrastructures que le reste du territoire national. Je voudrais dire ici, à l'intention de ma collègue Ericka Bareigts et avec ma casquette de médecin, que la coopération entre les deux îles, au sein des ARS ou au niveau des hôpitaux, est plus que nécessaire – elle est même obligatoire : on ne peut pas prétendre avoir toutes les infrastructures à Mayotte, et je pense de même que Mayotte a quelque chose à apporter à La Réunion. Je reste donc confiante sur ce sujet.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS1098 de Mme Martine Wonner et AS303 de M. Mansour Kamardine tombent.

La commission adopte ensuite les amendements rédactionnels AS1587 et AS1588 du rapporteur.

Puis elle examine l'amendement AS758 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je vous propose de raccourcir à six mois la durée de l'habilitation donnée au Gouvernement afin que les mesures de simplification prévues par l'article 19 soient effectives le plus rapidement possible. Cela concerne notamment les dispositions visant à favoriser le développement de l'exercice coordonné et les CPTS. Vous nous avez expliqué que les discussions conventionnelles sont en cours : j'espère qu'elles ne dureront pas dix-huit mois. Par ailleurs, et comme pour l'hôpital de proximité, comment les parlementaires seront-ils associés ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement pourrait poser un problème, notamment pour l'ordonnance relative au développement de l'exercice coordonné. Je ne suis pas certain qu'un délai de six mois suffise : la concertation n'est pas terminée et il faut ensuite prévoir un temps de rédaction pour l'ordonnance, qui devra alors être soumise à l'expertise des services juridiques et faire l'objet de travaux interministériels. J'émet donc un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte enfin l'article 19 modifié.

Après l'article 19

La commission examine l'amendement AS1480 du Gouvernement

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement propose d'élargir aux praticiens-conseils de la CNAM et à d'autres praticiens pour contrôler le recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), généralisé en France depuis 2016, a introduit une part de financement de la qualité dans la rémunération des établissements de santé. Dans le cadre de la mesure de la stratégie de transformation du système de santé sur le financement à la qualité, ce dispositif a été rénové et élargi par l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Ces modifications s'accompagnent d'une extension de l'enveloppe financière consacrée au dispositif de financement de la qualité que nous avons portée à 200 millions d'euros pour 2019, avec un objectif de 2 milliards d'euros dans les années à venir.

Ainsi que le propose le rapport sur la réforme du financement du système de santé de Jean-Marc Aubert, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, nous avons prévu d'élargir ce dispositif et de faire évoluer les critères qualité. La crédibilité du système de paiement à la qualité repose sur la fiabilité des indicateurs retenus dans le modèle, l'extension du dispositif de financement à la qualité doit donc être accompagnée par le renforcement du dispositif de contrôle, sachant que ces contrôles doivent être réalisés par des médecins, car ils supposent de retourner au dossier.

Face à l'extension du dispositif, les ressources médicales des ARS ne seront pas suffisantes, c'est pourquoi cet amendement propose de mobiliser deux viviers supplémentaires de praticiens sous l'égide de l'ARS : les médecins-conseils ou pharmaciens-conseils des organismes d'assurance maladie, et des médecins contractualisant avec l'ARS, notamment des médecins experts sous contrat avec la HAS dans le cadre de la certification des établissements de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle étudie, en discussion commune, l'amendement AS1615 du rapporteur, les amendements identiques AS208 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS889 de M. Jean-Pierre Door et AS1272 de M. Jean-Louis Touraine, ainsi que l'amendement AS1051 de Mme Jeanine Dubié.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'amendement AS1615, cosigné par la rapporteure Stéphanie Rist, rénove le protocole de coopération entre professionnels de santé de manière à rendre la procédure de mise en œuvre plus efficace.

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé, créés par l'article 51, non pas de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, mais de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009, n'ont connu cependant à ce jour qu'un essor limité, du fait de sa lourdeur et de son manque de lisibilité pour les professionnels.

C'est pourquoi cet amendement prévoit un vrai accompagnement des professionnels de santé souhaitant élaborer un protocole de coopération. Ces derniers seront rédigés et mis en œuvre par des professionnels de santé travaillant en équipe dans les structures de prévention et de soins, en ville, et dans les établissements. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les groupements hospitaliers de territoire (GHT) pourraient à cet égard avoir un rôle de promotion et de déploiement des protocoles de coopération.

Les exigences essentielles de qualité et de sécurité de ces protocoles seront définies par décret en Conseil d'État après avis de la Haute autorité de santé, qui m'est chère.

Le nouveau dispositif distingue ensuite clairement entre des protocoles dits nationaux, destinés à être déployés largement sur l'ensemble du territoire national, et des protocoles dits locaux expérimentaux, destinés à permettre à une équipe promotrice d'expérimenter un protocole innovant de coopération interprofessionnelle. Il instaure en conséquence deux procédures distinctes d'autorisation.

Pour les protocoles nationaux, la préoccupation d'efficacité est au cœur de la nouvelle procédure. Il est, pour ce faire, prévu de créer un Comité national des coopérations interprofessionnelles qui proposera chaque année les thématiques des protocoles et appuiera les professionnels dans la rédaction des protocoles.

Les protocoles nationaux seront ensuite autorisés par le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale après avis de la HAS. L'adhésion se fait par simple déclaration à l'agence régionale de santé, qui exerce un contrôle des protocoles mis en œuvre.

Les protocoles locaux expérimentaux, rédigés à l'initiative d'une équipe de terrain, relèveront quant à eux de la procédure d'instruction et d'autorisation prévue cette fois par l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Pour avoir suivi de près et évalué les « protocoles 51 » créés par la loi HPST, j'ai pu constater que cette procédure très longue n'a pas trouvé sa place, et n'a pas connu assez de déploiement dans les territoires ; l'idée de les refonder est excellente. Nous avons des priorités nationales, et nous pourrions ainsi inscrire le dépistage du glaucome comme priorité d'un « protocole 51 » national.

Je suis donc très favorable à cet amendement.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Si l'on ajoute le dépistage du glaucome... (*Sourires.*)

L'idée de l'amendement AS208 est bien d'alléger les procédures, car lorsqu'elles sont trop lourdes, cela ne fonctionne pas.

M. Jean-Charles Grelier. L'amendement AS889 est défendu.

M. Jean-Louis Touraine. Dans le même sens que celui du rapporteur, notre amendement AS1272 propose de simplifier et de rendre plus efficaces ces coopérations.

Nous proposons en outre que l'avis positif de l'ARS et la HAS soit réputé acquis si celles-ci ne se sont pas successivement prononcées sur le projet de coopération à l'issue, chacune, d'un délai de deux mois. Le délai d'approbation serait ainsi ramené au maximum à quatre mois.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS1051 propose une simplification des protocoles de coopération, mais aussi la valorisation financière des professionnels concernés ; votre amendement AS1615 prend-il en compte ce dernier élément, monsieur le rapporteur ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le modèle économique est bien prévu par la rédaction que je propose.

La commission adopte l'amendement AS1615 du rapporteur.

En conséquence, les amendements AS208, AS998, AS1272 et AS1051 tombent.

La commission examine l'amendement AS1566 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Dans l'hypothèse où, à l'avenir, les assistants médicaux accompliraient à la fois des tâches administratives et des gestes de soin, cet amendement vise à sécuriser l'exercice de ces gestes dès lors que les intéressés auraient suivi une formation adaptée. Ainsi, cette pratique ne risquerait plus d'être considérée comme exercice illégal de la médecine, puisqu'elle serait prévue par la loi.

Mme Jeanine Dubié. À l'occasion de l'examen de cet amendement, je formulerai un regret ; on crée cette nouvelle profession d'assistant médical, mais les tâches qui leur seront confiées comme l'habillage, le déshabillage, la tenue du dossier médical, la prise de la tension, contrôle de la prise de poids, etc., sont déjà confiées à d'autres professions, notamment aux aides-soignantes.

On aurait pu se fonder sur les professions existantes et leur délivrer un complément de formation afin qu'elles puissent occuper ce type d'emploi ; je pense aussi aux infirmières, et je me demande s'il était bien utile de créer une nouvelle profession.

Mme Caroline Fiat. Madame la ministre, la seule victoire que j'ai remportée lors de l'examen du dernier PLFSS était que ces postes d'assistants médicaux seraient réservés aux aides-soignants en fin de carrière. Bien fatigués, ceux-ci se trouvent souvent dépourvus lorsqu'ils ne peuvent plus exercer leur métier, c'est-à-dire porter les patients.

Du coup, je ne comprends pas cet amendement, car les aides-soignants sont titulaires d'un diplôme d'État : ou bien ma victoire est enterrée, ce qui serait dommage, ou bien cet amendement pose problème.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La philosophie de mon amendement, madame Dubié, consiste à permettre à différentes professions comme les aides-soignants, pour revenir à ce que disait Mme Fiat, d'évoluer grâce à une formation *ad hoc* vers la pratique d'assistant médical.

L'idée est de sécuriser cet exercice, non pas en tant qu'aides-soignants, mais en tant qu'assistants médicaux pour ces personnes qui évolueraient professionnellement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Afin de rassurer Mme Fiat, je lui dirai que je continue de penser que les aides-soignants et aides-soignantes constituent le vivier idéal pour ces postes.

Cependant, à l'occasion de visites de maisons de santé pluriprofessionnelles, j'ai également rencontré des secrétaires hospitalières ayant longtemps travaillé auprès de médecins et qui voulaient évoluer vers un poste d'assistant médical. L'idée est d'ouvrir la porte à quelques autres professionnels, mais je considère que le vivier idéal pour le

recrutement des assistants médicaux est bien constitué par les aides-soignants et les aides-soignantes. Mais vous comprendrez que, dans certaines situations, d'autres puissent accéder à ces postes.

La commission adopte l'amendement.

La commission examine l'amendement AS650 de M. Jean-Pierre Cubertafo.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement vise à assouplir le cadre juridique pour la désignation de plusieurs médecins traitants, qui n'est aujourd'hui possible que si les différents médecins exercent dans la même structure et dans les mêmes locaux.

Dans les territoires, des dispositifs innovants apparaissent pour répondre à la désertification médicale. Au regard de ce type de dispositifs innovants, le droit est aujourd'hui en retard. Si le code de la sécurité sociale permet aux patients de désigner plusieurs médecins traitants de manière conjointe, rien n'est prévu lorsque les médecins ne partagent pas les mêmes locaux, dans le cas de maisons de santé « hors les murs » par exemple, ou lorsqu'ils ne les partagent que de manière ponctuelle.

C'est pourquoi il est proposé de prendre en compte ces situations et de les intégrer dans le droit afin de faciliter l'émergence de ces initiatives innovantes en permettant la désignation de plusieurs médecins traitants quand ceux-ci appartiennent à une même communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les CPTS ont vocation à couvrir un large territoire, qui ne relève pas de la même dimension que les maisons de santé par exemple. L'adoption de votre amendement aurait pour effet de permettre aux patients de désigner comme médecin traitant tous les médecins présents dans la CPTS dont ils relèvent ; dès lors, la notion même de médecin traitant perdrait son sens.

Avis défavorable.

La commission rejette cet amendement.

Puis elle examine l'amendement ASI038 de M. Francis Vercamer.

M. Paul Christophe. Par cet amendement, mon collègue Francis Vercamer a probablement voulu amener Mme la ministre à préciser la définition du métier d'assistant médical. Si la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a prévu des négociations conventionnelles en vue de déterminer les mesures visant à inciter au recrutement de ces personnes salariées, force est de constater que, dans le présent projet de loi, la définition du rôle et des missions de l'assistant médical reste encore quelque peu floue.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous sommes attachés au dialogue social, comme j'ai eu l'occasion de le dire hier. La définition des tâches qui seront exercées par les assistants médicaux n'est pas encore arrêtée : les négociations conventionnelles sont en cours. Je le répète, il convient de ne pas anticiper dans la loi l'issue de la négociation. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements AS431 de M. Jean-Carles Grelier et AS925 de M. Joël Aviragnet.

M. Jean-Carles Grelier. L'amendement AS431 a pour but de demander la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation des ARS, au plus tard six mois à compter de la publication de la loi.

Mme Ericka Bareigts. Nous demandons par l'amendement AS925 au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport définissant un nouveau modèle de financement des infirmières de pratiques avancées – IPA –, un statut créé par la loi de modernisation de notre système de santé. Dans le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui a développé le recours à ces infirmières, nous n'avons pas créé de modèles de financement de ce type de pratique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La rémunération des infirmiers en pratique avancée fait actuellement l'objet d'une négociation. J'émet donc un avis défavorable à l'amendement AS925.

S'agissant des ARS, le dernier rapport date de février 2014 et ces instances vont connaître de nouvelles évolutions avec l'ordonnance prévue à l'article 19. Cela justifie une demande de rapport visant à évaluer leur activité. Toutefois, la Cour des comptes est actuellement en train de travailler sur ce sujet et un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) est également prévu. En fait, je crains que cela ne fasse doublon, voire plus. Je demande donc le retrait de l'amendement AS431.

M. Jean-Carles Grelier. Permettez-moi seulement une petite observation, monsieur le rapporteur général : la fonction de contrôle et d'évaluation des politiques publiques est une fonction constitutionnelle dévolue au Parlement et non pas à la Cour des comptes ni à l'IGAS qui ne le font que par délégation.

*La commission **rejette** successivement les amendements AS431 et AS925.*

Article 20 : *Renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles*

La commission est saisie de l'amendement AS1323 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Notre amendement fait suite à la publication, en septembre dernier, d'un rapport sur la pénurie de médicaments et de vaccins. Pour remédier à cette situation désolante, le rapport préconise, entre autres solutions, la publication obligatoire des plans de gestion de pénurie par les industriels, et la mise à disposition du public des sanctions dont ils peuvent être l'objet. En attendant la reprise de la production publique du médicament que nous appelons de nos vœux, ce serait un premier pas pour juguler une pratique qui met en péril notre système de santé. Nous souhaitons faire en sorte que la pénurie de médicaments soit considérée comme une menace de crise sanitaire grave, pour que l'État puisse prendre les mesures nécessaires à sa résolution.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La lutte contre les pénuries de médicaments doit, en effet, constituer une priorité. À la suite du rapport d'information du Sénat relatif à la pénurie de médicaments et de vaccins, adopté en septembre 2018, la ministre

a annoncé qu'un plan d'action pour lutter contre les ruptures de stocks de médicaments serait prochainement mis en place ; nous avons déjà eu l'occasion hier d'aborder ce sujet. Des réponses seront donc apportées très prochainement afin de lutter contre les pénuries de médicaments. En attendant, je vous invite à retirer votre amendement.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle passe à l'amendement AS116 de Mme Emmanuelle Anthoine.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle en vient à l'amendement AS117 de Mme Emmanuelle Anthoine.

M. Gilles Lurton. L'alinéa 6 vise à supprimer l'existence d'établissements de santé de référence dans chaque zone de défense, assurant un rôle permanent de conseil et de formation ainsi que la possibilité de coordination ou d'accueil spécifique en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Considérant que la disparition d'un tel instrument pouvant servir dans le cadre de la gestion de crise serait préjudiciable, nous proposons la suppression de cet alinéa.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La notion d'établissements de santé de référence, présents dans chaque zone de défense, est en effet supprimée. En contrepartie, il est prévu que des établissements de santé « *chargés d'une mission de conseil et de prise en charge spécifique en cas de situation sanitaire exceptionnelle* », qui exerceront leur mission au niveau régional, soient désignés. Cette mesure est cohérente avec la volonté de renforcer la planification régionale. Pour ces raisons, j'émet un avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Elle **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS1589, AS1590 et AS1591 du rapporteur général.*

Puis elle passe à l'amendement AS1386 de Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Au cours des dernières années, notre système de santé a dû faire face, à de nombreuses reprises, à des situations sanitaires exceptionnelles : épidémies de grippe ou épisodes caniculaires à répétition, attentats terroristes... Afin de gonfler les rangs de nos professionnels de santé en cas d'urgence, il est possible de faire appel aux réservistes sanitaires, à l'exception des professionnels de santé en activité. Nous demandons la suppression de cette exception pour que l'on puisse faire appel à davantage de réservistes si le besoin s'en fait sentir, afin d'améliorer la gestion de ces situations sanitaires exceptionnelles.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable. Cet amendement permettra d'augmenter le nombre de professionnels de santé auxquels les ARS peuvent faire appel en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je pense que c'est une excellente mesure, madame Gaillot : nous avons besoin d'augmenter le nombre de professionnels de santé en réserve.

La commission adopte l'amendement.

Enfin, elle adopte l'article 20 modifié.

Après l'article 20

La commission est saisie de l'amendement AS826 de Mme Justine Benin.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Il est défendu.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Article 21 : Rénovation des modalités de recrutement des praticiens à diplôme hors Union européenne

La commission examine l'amendement AS926 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à maintenir le recrutement contractuel de praticiens à diplôme étranger hors Union européenne (PADHUE), dans les hôpitaux qui en ont absolument besoin.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je m'étonne de cet amendement qui vise à maintenir la possibilité d'un recrutement de PADHUE sous le statut précaire de contractuels. C'est pour le moins surprenant de la part du groupe Socialistes et apparentés.

L'article 21 poursuit un double objectif : mettre fin au recrutement de PADHUE exerçant sous un statut précaire, sans plénitude d'exercice ; permettre à la très grande majorité des PADHUE exerçant actuellement sous un statut de contractuel de bénéficier d'une autorisation de plein exercice, tout en garantissant que ces praticiens disposeront d'un niveau élevé de compétences, grâce à la mise en place d'un parcours de consolidation des compétences lorsque cela s'avère nécessaire. Avis défavorable.

M. Joël Aviragnet. Nous sommes tout à fait d'accord à ce que l'on augmente leur niveau de compétences. Nous cherchons seulement à éviter de mettre en grande difficulté les hôpitaux des régions sous-dotées, rurales ou de banlieue, quel que soit le nom qu'on leur donne. Le maintien en place de ces praticiens est absolument indispensable pour que ces hôpitaux puissent rendre un service minimum à nos concitoyens. Il ne s'agit pas de renoncer à les former et à leur donner tout ce dont ils ont besoin pour pratiquer de manière satisfaisante.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'amendement rédactionnel AS1592 du rapporteur général.

Puis elle en vient à l'amendement AS1312 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement répond à une situation qui n'avait pas été prise en compte dans le texte sur les PADHUE. Certains de ces praticiens n'étaient pas en poste au 31 décembre 2018 ; du coup, ils ne peuvent pas avoir accès aux dispositifs prévus. Certains travaillent dans des secteurs médico-sociaux. Pour ne pas perdre des médecins, nous proposons de supprimer la référence à cette date du 31 décembre 2018.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le dispositif proposé à l'article 21 vise à améliorer de manière structurelle et pérenne les modalités d'intégration des PADHUE dans le système de santé. Mais ce dispositif n'a pas vocation à constituer un signal destiné à intégrer l'ensemble des professionnels diplômés à l'étranger et qui n'exercent pas ou n'ont pas exercé depuis longtemps dans le système de santé français.

Les PADHUE ne remplissant pas les critères d'éligibilité pourront se porter candidat à l'accès au plein exercice par l'intermédiaire du dispositif de droit commun de la liste A qui a vocation à devenir l'unique voie d'accès à l'exercice en France pour les PADHUE, en dehors de la liste B pour les réfugiés. Il s'agit donc d'un texte d'équilibre entre volonté d'intégration et garantie de compétences. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. J'entends vos arguments, monsieur le rapporteur général. Cependant, dans la situation actuelle, je trouve dommage de se passer d'un médecin qui aurait été en poste le 15, le 20 ou même le 30 décembre 2018 au seul motif qu'il ne l'aurait plus été au 31 décembre 2018 à cause d'une interruption de contrat... Nous cherchons à éviter cette situation.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous partageons la même préoccupation. J'ai précisément déposé l'amendement AS1568, qui permet de sécuriser les praticiens auxquels vous faites allusion, qui exerçaient peut-être à la fin de l'année dernière mais dont les contrats n'avaient pas été renouvelés parce que nous n'avions pas encore adopté la proposition de loi dont M. Julien Borowczyk était le rapporteur.

La rédaction de votre amendement est trop large et ne comporte plus de garanties d'intégration. De nombreux praticiens sont en effet repartis à l'étranger. Il faut trouver un équilibre entre intégration et compétences. Je maintiens mon avis défavorable sur votre amendement et vous invite à regarder avec bienveillance celui que je vais présenter dans un instant.

Mme Caroline Fiat. Je regarderai avec attention votre amendement. S'il est aussi intéressant que vous le dites, je le voterai. Mais si ces deux amendements se ressemblent autant, pourquoi ne votez-vous pas le mien ? (*Sourires.*)

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1568 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement vise à modifier l'une des conditions d'accès à la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice des PADHUE pour éviter que certains d'entre eux ne se retrouvent injustement privés du bénéfice de cette procédure. En effet, les contrats des PADHUE sont souvent conclus pour une période d'un an, allant du 1^{er} novembre au 31 octobre de l'année suivante, calqués en fait sur les contrats des internes des hôpitaux. Or la situation des PADHUE qui exerçaient en 2018 grâce à une

autorisation temporaire d'exercice a été marquée par la forte incertitude juridique à la fin de l'année dernière, la date butoir au-delà de laquelle ils ne devaient plus être autorisés à exercer étant fixée à l'époque au 31 décembre 2018, jusqu'à son report *in extremis* par la loi du 27 décembre 2018, rapportée par notre collègue Julien Borowczyk, visant à sécuriser l'exercice des PADHUE.

En raison de cette incertitude, les contrats de nombreux PADHUE qui s'achevaient au 31 octobre 2018 n'ont pas été renouvelés, de peur que ces derniers ne se retrouvent dans l'illégalité trois mois plus tard – ce point a été soulevé durant l'audition du Syndicat national des PADHUE. Cet amendement précise donc que les médecins PADHUE présents dans un établissement de santé au 31 octobre 2018 et non au 31 décembre 2018 peuvent bénéficier de la procédure d'autorisation d'exercice mise en place par l'article 21.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS1593 du rapporteur.

La commission en vient à l'amendement AS1360 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Cet amendement vise à permettre l'intégration sous conditions des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens résidant en France et de nationalité française qui ne répondent pas aux critères d'expérience exigés par le projet de loi.

Monsieur le rapporteur, vous parliez d'équilibre. Malgré tout, je relève une certaine forme d'injustice dans ce qui est proposé aujourd'hui en matière de régularisation des PADHUE, notamment par rapport à ceux qui ont respecté les textes et qui n'ont pas pu exercer pendant un certain temps. Il aurait été légitime d'organiser une évaluation puis une autorisation temporaire, bien évidemment sous conditions et sous contrôle, avant une validation définitive. Aujourd'hui, on se retrouve avec des Françaises et des Français qui sont en droit d'enseigner mais pas d'exercer. Il y a donc là une incongruité.

Si j'admets la noblesse du projet qui vise à leur reconnaître le droit d'exercer, on en laisse quand même beaucoup sur le carreau, ce que je trouve regrettable dans la mesure où ce sont ceux qui ont vraiment joué le jeu par rapport à la réglementation en vigueur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable pour les raisons déjà évoquées. En outre, l'amendement qui vient d'être adopté répond aux demandes des représentants du Syndicat national des PADHUE exprimées lors leur audition.

M. Paul Christophe. Monsieur le rapporteur, je ne peux pas vous laisser dire cela, à moins que nous n'ayons pas auditionné le même syndicat – mais je n'en connais qu'un ! Les personnes que nous avons rencontrées nous ont fait état d'une liste de 350 personnes recensées par leurs soins qui entrent dans ce cas de figure. Je ne peux donc pas vous laisser dire que tel qu'il est proposé, le texte répond à l'ensemble des sollicitations.

Mme Jeanine Dubié. Je veux appuyer les propos de M. Christophe. Hier encore, nous avons été saisis par l'organisation SOS PADHUE qui constate que les professionnels français qui résident en France souhaitent aussi avoir un parcours de validation des compétences superposable au dispositif prévu, et qui consiste en un exercice temporaire de

deux ans sous tutelle d'un maître de stage, puis un passage en commission qui statuera sur leurs compétences.

Au travers du dispositif proposé par le rapporteur, on laisse des gens sur le carreau.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. J'entends cette demande qui est compliquée car elle pose la question des compétences qui ont pu être perdues au cours de ces années de non-exercice. Or nous devons assurer à nos concitoyens que toute intégration d'un médecin dans notre système de santé répond à des exigences.

Je vous propose de ne pas statuer pour l'instant sur votre amendement. Je vous ferai des propositions en séance publique. Nous allons regarder si nous avons la capacité ou non de sécuriser ce dispositif.

M. Paul Christophe. Je fais entièrement confiance à Mme la ministre. Je retire donc l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS1594 du rapporteur.

Elle examine les amendements identiques AS210 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS896 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le projet de loi permet d'éviter un retrait brutal des praticiens éligibles à la liste C exerçant en établissement sous divers statuts, à travers l'autorisation temporaire d'exercice délivrée au dépôt du dossier auprès de la CAE régionale. Il est cependant proposé de retirer le principe d'affectation pour la réalisation du parcours de consolidation de compétences pour l'extinction de la liste C.

M. Gilles Lurton. Le projet de loi permet d'éviter un retrait brutal des praticiens éligibles à la liste C exerçant en établissement sous divers statuts, au travers de l'autorisation temporaire d'exercice délivrée au dépôt du dossier auprès de la CAE régionale. Il est cependant proposé de retirer le principe d'affectation pour la réalisation du parcours de consolidation de compétences pour l'extinction de la liste C, celle-ci devant pouvoir être réalisée dans les établissements d'origine.

Concernant la liste A, nous proposons de même une modification de la loi afin de permettre une meilleure articulation entre les projets de ces praticiens en intégration et ceux des établissements, conformément aux principes présidant à la réforme du second cycle et à la suppression des épreuves nationales classantes.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'article 21 vise justement à mettre fin aux pratiques de recrutement direct au sein des établissements sans contrôle préalable des compétences. L'actuelle possibilité de recrutement des PADHUE de gré à gré par les établissements est donc remplacée par une procédure d'affectation. Ce principe d'affectation est au cœur de l'équilibre entre la nécessité d'ouverture et de sécurisation des conditions d'exercice des PADHUE, d'une part, et la garantie des compétences, d'autre part. Avis défavorable.

*La commission **rejette** ces amendements.*

Puis elle étudie les amendements identiques AS897 de M. Jean-Pierre Door et AS1530 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Gilles Lurton. Le projet de loi permet d'éviter un retrait brutal des praticiens éligibles à la liste C exerçant en établissement sous divers statuts, au travers de l'autorisation temporaire d'exercice délivrée au dépôt du dossier auprès de la CAE régionale.

Il est cependant proposé de retirer le principe d'affectation pour la réalisation du parcours de consolidation de compétences pour l'extinction de la liste C, celle-ci devant pouvoir être réalisée dans les établissements d'origine.

Concernant la liste A, nous proposons de même une modification de la loi afin de permettre une meilleure articulation entre les projets de ces praticiens en intégration et ceux des établissements, conformément aux principes présidant à la réforme du second cycle et à la suppression des épreuves nationales classantes.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS1530 est défendu.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission **rejette** ces amendements.*

Elle est saisie de l'amendement AS1532 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Bien que l'amendement de M. le rapporteur que nous avons adopté soit déjà complet, nous proposons un ajout. Certains PADHUE, en attendant d'avoir l'autorisation d'exercer, occupent en effet une fonction paramédicale, comme celle d'aide-soignant ou d'infirmier. Il convient de prendre en compte ces contrats pour éviter, comme je le disais précédemment, de perdre d'éventuels médecins.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Pourquoi ?

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle examine l'amendement AS1570 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement, qui permettra de répondre à l'interrogation de Mme Fiat, concerne les dentistes, sages-femmes et pharmaciens.

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

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** l'amendement AS1503 de M. Paul Christophe.*

*Puis elle **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS1595, AS1596, AS1630, AS1597 et AS1598, tous du rapporteur.*

La commission étudie l'amendement AS65 de Mme Marine Brenier.

M. Gilles Lurton. Cet amendement vise à corriger une erreur de renvoi au sein du code de la santé publique.

L'article L. 631-2 visé dans le projet de loi concerne l'accès au troisième cycle des études de médecine. Son deuxième alinéa ne concerne pas les modalités de détermination du nombre d'étudiants poursuivant ces études. En revanche, le deuxième alinéa de l'article L. 631-1 fixe les modalités de détermination du nombre d'étudiants qui suivent les études de médecine, odontologie et maïeutique. Il nous paraît donc plus juste de viser cet article et non l'article L. 631-2.

À tout seigneur tout honneur : c'est Mme Marine Brenier qui a constaté qu'il fallait procéder à cette modification.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur, la commission **adopte** l'amendement.*

La commission examine l'amendement AS1387 de Mme Albane Gaillot.

Mme Stéphanie Rist. Les praticiens à diplôme hors Union européenne reconnus réfugiés ou apatrides bénéficient actuellement, eu égard à leur situation particulière, d'une dérogation leur permettant d'être recruté, sans plein exercice, par un établissement de santé avant même d'avoir satisfait aux épreuves de vérification des compétences. La suppression des statuts contractuels de praticiens associés, sous lesquels ils étaient recrutés jusqu'à présent, les priverait de cette possibilité. Cet amendement vise donc à leur permettre d'exercer selon des modalités d'autorisation temporaire proches de celles mises en œuvre par l'article du projet de loi relatif aux PADHUE. Un décret en Conseil d'État préciserait les conditions de mise en œuvre de ces dispositions.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur, la commission **adopte** l'amendement.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1074 de M. Philippe Vigier.

Mme Jeanine Dubié. Par cet amendement, nous proposons d'inscrire au tableau de l'Ordre des médecins tout médecin titulaire d'un diplôme étranger qui exerce en France en le dispensant du parcours de consolidation de compétences, à condition qu'il s'engage à exercer à titre libéral. Il s'agit d'augmenter les effectifs de praticiens libéraux dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Rien ne justifie que les praticiens exerçant en libéral soient moins bien formés que ceux exerçant en établissement. Or la réalisation d'un parcours de consolidation des compétences fait partie de leur formation. Supprimer cette formation complémentaire pour les PADHUE exerçant en libéral pourrait contribuer à une dégradation de la qualité des soins dispensés en ville. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** successivement les amendements AS1151 de M. Guillaume Garot et AS1531 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.*

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS898 de M. Jean-Pierre Door et AS927 de M. Joël Aviragnet.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS898 est défendu.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS927 tend à maintenir, pour les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, le recrutement contractuel de praticiens à diplôme étranger hors UE. En effet, dans les zones où il est très difficile de recruter des médecins, notamment dans les hôpitaux périphériques, ces médecins jouent, j'y insiste, un rôle important. Certes, il faut veiller à la validation de leur diplôme pour garantir la qualité des soins, mais il faut également assurer l'accès à ces derniers. Si les hôpitaux sont obligés de se passer de ce type de praticiens, il ne faudra pas s'étonner qu'ils ferment certains services. On voit l'évolution qui se dessine...

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, nous souhaitons mettre fin au statut précaire de ces praticiens. Avis défavorable.

La commission rejette successivement ces amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS1517 de M. Jean-Pierre Door.

Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS1599, AS1602, AS1601, AS1603, AS1605 et AS1604, tous du rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS1571 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement vise, tout d'abord, à tirer les conséquences, dans le code du travail, de la suppression des recrutements contractuels de PADHUE. Il permet également de compléter l'article 21 en déléguant au directeur général du Centre national de gestion la signature du ministre chargé de la santé pour toutes les autorisations d'exercice dont il instruit les dossiers.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 21 modifié.

Après l'article 21

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS828 de Mme Justine Benin.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS422 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Nous vous proposons une légère modification du code de la santé publique concernant les praticiens à diplôme étranger hors Union européenne autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le parcours de consolidation des compétences des PADHUE est adossé aux référentiels sur lesquels repose le 3^{ème} cycle des études médicales. Il doit donc s'effectuer dans le cadre de la maquette de formation de la spécialité du praticien et au sein de lieux de stage agréés. La maquette de formation peut prévoir, selon les spécialités, un stage auprès d'un praticien libéral. Toutefois, hormis pour la

médecine générale, le nombre de praticiens libéraux agréés à la maîtrise de stage reste, hélas ! encore très limité dans les autres spécialités, mais il a vocation à se développer au cours des prochains mois. C'est en tout cas une volonté forte du Gouvernement et de la majorité, dans le cadre des démarches engagées en vue de renforcer l'accès aux soins. En attendant, je vous invite à retirer votre amendement ; à défaut de retrait, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en présentation commune, les amendements AS983, AS911, AS910, AS912 et AS917, tous de M. Brahim Hammouche.

Mme Justine Benin. L'amendement AS983 tend à ajouter aux missions des politiques de santé et de l'action sociale et médico-sociale la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, qui conditionnent le bon exercice des soins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et la qualité de vie au travail des divers personnels exerçant dans ces différents champs d'activité.

L'amendement AS911 vise, en outre, à étendre explicitement les événements indésirables associés à des soins aux actes et situations de maltraitance recensés sur la plateforme de signalement en ligne créée par le ministère des solidarités et de la santé.

L'amendement AS910 a pour objet de compléter les réflexions éthiques au sein des établissements de santé en introduisant l'obligation d'élaborer un plan de sensibilisation et d'actions contre les actes de maltraitance.

L'amendement AS912 reprend l'une des préconisations du rapport de la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, remis le 24 janvier dernier à la ministre des solidarités et de la santé, afin, comme l'indiquaient ses auteurs, « *de mieux comprendre les phénomènes de maltraitance, mieux y réagir collectivement et prévenir leur survenance, par une profonde transformation de nos approches* » dans les établissements médicaux et médico-sociaux.

Enfin, l'amendement AS917 vise à doter la France d'un moyen d'étude et d'évaluation des actes et situations de maltraitance et, à cette fin, à définir une nomenclature commune des informations pour le recueil et le suivi des alertes de maltraitance.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces cinq amendements visent à lutter contre la maltraitance. Il s'agit d'un sujet essentiel. Un rapport de Denis Piveteau portant sur la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance a été rendu public en janvier dernier. Il propose une réponse globale. Le projet de loi que nous examinons, qui porte avant tout sur l'organisation du système de santé et sa simplification, n'est pas forcément le véhicule le plus adapté pour inscrire ces propositions dans la loi. Avis défavorable.

La commission rejette successivement ces amendements.

TITRE V – RATIFICATIONS ET MODIFICATIONS D'ORDONNANCES

Article 22 : *Ratification de l'ordonnance relative à la Haute autorité de santé et de l'ordonnance portant extension et adaptation outre-mer de dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*

La commission est saisie de l'amendement AS1282 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Nous inspirant d'un rapport dans lequel l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) préconisait « *une réforme d'envergure de la pharmacovigilance* », nous proposons de donner à la Haute autorité de santé le monopole de l'information sur le bon usage des soins et les recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels de santé et du public.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La HAS n'est pas la seule instance qui ait vocation à informer le public ; je pense notamment à l'assurance maladie, à Santé publique France ou aux associations d'utilisateurs. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1286 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Par cet amendement, nous proposons de forger un partenariat permanent entre la HAS et l'ANSES pour adapter notre système de santé aux évolutions de notre environnement, qu'il soit atmosphérique, alimentaire ou de travail. On sait, par exemple, qu'au cours des vingt dernières années, le nombre des personnes allergiques aux pollens a doublé.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1298 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement vise à confier à la HAS un rapport annuel, réalisé en partenariat avec les organismes publics concernés et les associations d'utilisateurs et de malades, portant sur les pistes de transformation du système de production de médicaments promouvant la souveraineté pharmaceutique et l'innovation thérapeutique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je vois votre amendement comme un amendement d'appel. En effet, il ne revient pas à la Haute autorité de santé de mener une réflexion politique telle que celle que vous évoquez. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Certes, il s'agit d'un amendement d'appel. Mais cette réflexion aurait pour but d'élaborer une stratégie planifiée, rationnelle, attentive au temps long et qui ne soit plus parasitée par la recherche de profits à court terme. Nous faisons confiance à la Haute autorité de santé pour suggérer au législateur des pistes à la fois ambitieuses et crédibles pour rompre avec la voie dangereuse dans laquelle notre santé est engagée depuis beaucoup trop longtemps.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS1632 du rapporteur.

Puis elle examine l'amendement AS915 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement vise à confier à la HAS une mission de prévention des actes de maltraitance en développant des outils de diagnostic et

d'autodiagnostic à destination des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux. Ce faisant, il reprend l'une des préconisations du rapport Piveteau de la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, remis le 24 janvier 2019 à la ministre des solidarités et de la santé, afin, comme l'indiquaient ses rapporteurs « *de mieux comprendre les phénomènes de maltraitance, mieux y réagir collectivement et prévenir leur survenance, par une profonde transformation de nos approches* » dans les établissements médicaux et médico-sociaux.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Notre collègue Annie Vidal a déposé, après l'article 22, un amendement analogue au vôtre qui s'inspire des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale (MECSS). Une évolution des dispositions législatives actuelles est en effet nécessaire pour confier à la Haute autorité de santé la compétence d'élaborer la procédure d'évaluation des établissements et services médico-sociaux, et de fixer les critères et la durée de l'habilitation des organismes chargés de l'évaluation des établissements et services médico-sociaux. Ces évaluations comportent, bien entendu, un aspect relatif à la maltraitance. Je vous propose donc de retirer votre amendement au profit de celui de Mme Vidal.

La commission rejette l'amendement.

La commission passe à l'amendement ASI638 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il s'agit d'un amendement d'appel pour Mme la ministre. Dans le cadre de la certification des établissements de santé, la HAS utilise la méthode du « patient traceur » qui permet d'analyser *a posteriori* le parcours d'un patient tout au long de sa prise en charge au sein d'un établissement de santé.

Cette méthode, qui implique la participation des différents professionnels ayant contribué à la prise en charge du patient, nécessite la consultation du dossier du patient. Or, selon les termes de l'article L. 1414-4 du code de la santé publique, seuls les médecins experts de la HAS peuvent le consulter. Cette limitation empêche la HAS – elle nous l'a dit lors de son audition – de déployer autant qu'elle le souhaiterait la méthode du patient traceur, car elle éprouve des difficultés à recruter des médecins en qualité d'experts-visiteurs pour effectuer les visites de certification.

Le présent amendement étend donc la possibilité de consultation du dossier du patient à tous les professionnels de santé.

M. Gilles Lurton. Le patient est-il informé qu'il est suivi de cette façon ? Donne-t-il son accord *a priori* ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Oui, c'est le cas.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur Lurton, les patients sont interrogés, et parfois examinés par les experts-visiteurs.

Il est vrai que la Haute Autorité de santé rencontre des difficultés pour en recruter suffisamment, du fait de la pénurie de médecins, et de professions médicales en général.

Mais je suis un peu dubitative face à cet amendement... En effet, la version 2020 de la certification des établissements de santé va conduire à sa plus grande médicalisation. Alors qu'actuellement, ce sont les processus qui sont évalués, demain, ce sont plutôt les pratiques qui seront analysées. En conséquence, la Haute Autorité de santé va devoir renforcer ses effectifs de professionnels médicaux. L'accélération du recrutement d'experts-visiteurs, qui sont plutôt des administratifs en mesure d'analyser les dossiers des malades – directeurs d'hôpitaux, ingénieurs qualité – est probablement plus une solution de court que de long terme. Je n'y suis donc pas très favorable.

Je vous proposerai de retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 22 ainsi modifié.

Après l'article 22

La commission examine les amendements identiques AS127 de Mme Annie Vidal et AS1388 de Mme Albane Gaillot.

Mme Annie Vidal. L'amendement AS127 fait suite au rapport sur la démarche qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), que j'ai rédigé pour la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS). L'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a transféré à la HAS les missions auparavant dévolues à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

Toutefois, une évolution des dispositions législatives actuelles est nécessaire afin de pouvoir confier à la HAS la compétence pour élaborer la procédure d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et fixer les critères et la durée d'habilitation des organismes en charge de cette évaluation.

Ainsi, la HAS pourra rédiger un référentiel opposable – attente forte de la profession – et déterminer les modalités de rédaction, de transmission et de publication du rapport d'évaluation. À travers ce nouveau cadre législatif, nous souhaitons renforcer la démarche qualité des structures et restaurer la confiance, grâce à une plus grande valorisation et plus de transparence.

Mme Albane Gaillot. L'amendement AS1388 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'y suis très favorable.

M. Gilles Lurton. Je soutiendrai ces amendements, issus des travaux et du rapport que Mme Vidal a rendus au nom de la MECSS. J'ai eu l'honneur et la chance de coprésider les auditions. J'avais exprimé des inquiétudes sur ce rapport – qui aurait pu complexifier la gestion des EHPAD – et m'en étais d'ailleurs entretenu avec elle.

Or les propositions de Mme Vidal évitent cet écueil. Elle a trouvé les bons vecteurs pour tenter de mieux contrôler les établissements et de mieux évaluer leur qualité. C'est pourquoi je souscris entièrement à ces amendements.

La commission adopte ces amendements.

Elle en vient à l'amendement AS604 de Mme Nathalie Sarles.

Mme Nathalie Sarles. Mon amendement est similaire à celui de M. Mesnier à l'article 22. J'ai moi aussi rencontré la Haute Autorité de santé et nous avons aussi évoqué les difficultés liées à la méthode des « patients traceurs ». Je pense que Mme la ministre aura le même avis sur mon amendement que sur celui du rapporteur. Je vais donc le retirer.

L'amendement est retiré.

Article 23 : *Ratification de l'ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions relatives aux ordres des professions de santé (limite d'âge des conseillers ordinaires et présidents de chambres disciplinaires ou de sections)*

La commission examine l'amendement AS1105 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Les alinéas 2 à 24 du présent article visent à fixer une limite d'âge pour les magistrats des chambres disciplinaires des ordres. Mon amendement vise à supprimer ces alinéas car ils constituent une discrimination envers les magistrats les plus âgés. Si la mesure s'appuie sur une volonté de décristalliser « *une structure pyramidale figée au sommet* » et « *un très faible renouvellement [des] dirigeants* », elle n'en reste pas moins discriminante et « *âgiste* », selon moi.

Il serait plus pertinent de réfléchir à des nouvelles modalités d'élection des ordres, plutôt que de stigmatiser les plus âgés !

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cette limite d'âge pour les magistrats des ordres ne me choque pas. Nous avons déjà voté ce dispositif il y a un peu plus d'un an – alors que j'étais rapporteur. C'était une demande du Conseil d'État et de l'Ordre des médecins. Je ne vois pas pourquoi nous nous y opposerions car cela concerne le fonctionnement interne des ordres. Mon avis sera donc défavorable.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je comprends l'intention de renouvellement. Mais inscrire dans la loi une éviction liée à l'âge me pose question, à l'heure où nous essayons de plutôt réconcilier les générations...

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Il existe aussi un âge limite dans la fonction publique.

La commission rejette l'amendement.

L'amendement AS792 est retiré.

Puis, suivant l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS479 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle adopte ensuite les amendements rédactionnels identiques AS118 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS155 de Mme Valérie Bazin-Malgras.

La commission passe à l'amendement AS63 de Mme Marine Brenier.

M. Gilles Lurton. Afin d'éviter un contournement des sanctions d'interdiction d'exercer ou de radiation prononcées par les juridictions ordinaires, il est impératif de les compléter. En effet, plusieurs professionnels de santé ont porté à notre connaissance le fait que certains anciens praticiens, interdits d'exercer ou radiés, se reconvertissaient en gestionnaire dans des structures dispensant des soins – le plus souvent des centres de santé.

Afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, mais surtout d'éviter tout risque d'illégalité pour ces établissements ou structures, les sanctions d'interdiction d'exercer ou de radiation doivent être accompagnées d'une sanction d'interdiction de gérer ces mêmes structures de soins, comme cela est déjà le cas pour les sociétés commerciales.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je comprends l'objectif de votre amendement, qui vise à éviter les fraudes lorsqu'un professionnel de santé reste dirigeant de la structure dans laquelle il exerçait avant de se voir sanctionné. Cependant, la sanction que vous proposez peut paraître excessive car elle s'appliquerait indifféremment à tous les professionnels de santé interdits d'exercer, que l'interdiction soit temporaire ou non, de courte durée ou non.

Au regard de la liberté d'entreprendre, qui est un droit constitutionnel, cette sanction peut paraître disproportionnée. Mon avis sera donc défavorable.

M. Gilles Lurton. La sanction s'appliquerait sur la même durée d'interdiction, et non indéfiniment. Il me semble normal qu'un professionnel interdit d'exercer dans un établissement soit également interdit d'exercer dans les autres établissements dans lesquels il pourrait se présenter. C'est la moindre des choses !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Ce n'est pas ce qui est écrit. Or, en matière de sanctions, il faut être vraiment très précis, si je puis me permettre.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Monsieur Lurton, je peux vous proposer de revoir cette rédaction pour la séance publique.

L'amendement est retiré.

Puis, suivant l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS1533 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

La commission examine, en présentation commune, les amendements AS1093, AS1095, AS1094 et AS1096 de Mme Martine Wonner.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement AS1093, rédactionnel, propose de supprimer le caractère exclusivement sanitaire des centres de santé, tels qu'ils sont définis à l'article L. 6323-1 du code de santé publique, afin d'adapter leur définition à la réalité actuelle de leurs missions. Ce sont désormais des lieux d'éducation thérapeutique qui remplissent surtout des missions d'ordre social.

Les amendements AS1095, AS1094 et AS1096 visent à intégrer des psychologues et d'autres professions – entre autres, des éducateurs spécialisés – au sein des centres de santé. Les modalités d'application en seraient fixées par décret.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous avez raison, madame Bagarry, les centres de santé sont définis comme structures sanitaires de proximité. L'amendement AS1093 – que je ne qualifierai pas de rédactionnel – supprime le terme « *sanitaire* », afin de prendre en compte leurs autres activités à caractère social ou médico-social. Mais la loi reconnaît déjà aux centres de santé la possibilité de mener des activités à caractère social ou médico-social. Il n'y a donc aucune contradiction à reconnaître les centres de santé comme structures sanitaires, et à leur permettre par ailleurs d'exercer des activités sociales et médico-sociales. L'équilibre entre ces différentes missions n'est pas remis en cause. Je ne vois aucun motif pour que l'activité sanitaire des centres de santé n'apparaisse pas prioritaire. Au vu de ces explications, je vous demanderai de bien vouloir retirer cet amendement.

Quant aux trois autres amendements, les centres de santé peuvent d'ores et déjà accueillir d'autres professionnels que des professionnels de santé – psychologues, psychothérapeutes, assistantes sociales. Je vous propose donc également de les retirer. Dans le cas contraire, j'y serai défavorable.

Mme Delphine Bagarry. Je vais retirer ces amendements mais je voulais insister sur le fait que les psychologues étaient des professionnels de l'accompagnement à part entière.

Les amendements AS1093, AS1095, AS1094 et AS1096 sont retirés.

La commission est saisie de l'amendement AS67 de Mme Marine Brenier.

M. Gilles Lurton. Cet amendement vise un triple objectif : faciliter l'accès à la justice ordinaire, peu connue et donc peu utilisée par les patients ; la rendre accessible géographiquement, certains justiciables devant parcourir plusieurs kilomètres pour se rendre à la juridiction concernée ; s'aligner sur le fonctionnement des autres juridictions utilisant déjà ce processus.

Thomas Mesnier, rapporteur général. L'organisation de la juridiction ordinaire repose sur une répartition de compétences établie en fonction de ressorts territoriaux définis et stables. Les objectifs mentionnés dans l'exposé sommaire de votre amendement paraissent sans lien avec la mesure proposée. En outre, la notion de « *nécessité locale* » paraît beaucoup trop vague pour permettre d'autoriser de déroger ponctuellement à la répartition territoriale des compétences en vigueur.

Avis défavorable

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS1534 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle examine l'amendement AS1482 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous vous demandons de ratifier l'ordonnance du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits de santé, dite directive anti-cadeaux, mais nous souhaitons lui apporter deux modifications importantes.

La première concerne les enquêteurs de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF). L'ordonnance adapte et renforce leurs prérogatives dans le cadre du contrôle des infractions au dispositif anti-cadeaux. L'amendement leur confère des compétences pour effectuer des opérations de visite et saisie, sous réserve de l'accord du juge des libertés et de la détention (JLD), et leur ouvre la possibilité d'être saisis sur commission rogatoire par un juge d'instruction. La DGCCRF peut en effet demander au JLD l'autorisation d'utiliser des pouvoirs de perquisition appelés « opérations de visite et saisie » lorsque les pouvoirs simples ne permettent pas de recueillir les preuves d'un manquement ou d'une infraction. Il s'agit de pouvoirs indispensables pour obtenir des preuves, dans un contexte où il est difficile pour les enquêteurs de démontrer la réalité des avantages directs ou indirects par simples recoupements comptables.

La deuxième modification vise à corriger une erreur de rédaction conduisant à renvoyer à des sections inexistantes du code de la santé publique. Celle-ci prive les enquêteurs de la DGCCRF de leur habilitation à rechercher et à constater les infractions au dispositif alors même qu'ils sont les seuls en pratique à intervenir en ce domaine et que de nombreuses enquêtes et procédures ont été lancées.

La mention de cette ordonnance est en conséquence supprimée de la liste des ratifications sèches du V de l'article 23.

Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette successivement les amendements AS64 et AS66 de Mme Marine Brenier et l'amendement AS595 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS994 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Dans le prolongement de la proposition de loi sur les comités de protection de personnes que j'ai défendue, cet amendement vise à ratifier l'ordonnance du 16 juin 2016 comme le propose le projet de loi initial en corrigeant une erreur rédactionnelle. Il tient compte, en outre, de l'impossibilité matérielle pour les comités de protection des personnes de réexaminer l'ensemble des recherches autorisées sous l'égide de lois antérieures et légalement mises en œuvre au jour du nouvel examen par lesdits comités.

Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine l'amendement AS1569 du rapporteur.

Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement procède à la correction d'erreurs matérielles en supprimant des ratifications d'ordonnances déjà ratifiées de la liste établie au V.

La commission adopte l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS1535 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle en vient à l'amendement AS1478 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement vise à ajouter trois ordonnances à la liste du V pour achever la ratification de toutes les ordonnances adoptées sur le fondement des habilitations contenues dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 23 modifié.

Après l'article 23

La commission examine successivement les amendements AS1300 et AS1293 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Ces amendements visent à améliorer la prise en compte par les différentes instances des conditions de vie au travail des professionnels dont dépend la qualité même de l'exercice professionnel.

Thomas Mesnier, rapporteur général. La qualité de vie au travail des professionnels de santé, notamment hospitaliers, est un enjeu important et, à ce titre, plusieurs initiatives ont déjà été prises.

La Haute Autorité de santé, en partenariat avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) travaille sur ce sujet pour construire des outils à destination des professionnels de santé, en partenariat avec la Direction générale de l'offre de soins. (DGOS).

En juillet 2018, madame la ministre a installé un Observatoire national pour la qualité de vie au travail des professionnels de santé qui interviendra dans le cadre de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail et je lui laisserai peut-être le soin de le présenter.

Avis défavorable.

M. Jean-Louis Touraine. Très respectueusement, je tiens à indiquer à M. le rapporteur que si les dispositifs en place étaient efficaces, cela se saurait. Année après année, on a plutôt l'impression d'assister à une dégradation. Nous sommes alertés de plus en plus

fréquemment de cas de *burn-out* voire de suicides sur le lieu de travail. Cela ne peut manquer de nous préoccuper. Nous avons besoin de dispositifs supplémentaires qui permettent de mesurer en temps réel l'état psychologique et sanitaire des professionnels de santé. Nous ne devons pas attendre qu'il y ait des suicides pour s'occuper d'eux.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. J'aimerais vous rassurer sur deux points, monsieur Touraine.

D'abord, même s'il est vrai que les conditions de travail de certains personnels hospitaliers évoluent trop lentement, je veux rappeler que l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social a été créé il y a moins d'un an, à l'été 2018. Par ailleurs, la qualité de vie au travail est un indicateur qui est désormais pris en compte pour la certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé : l'amélioration des conditions de travail est donc une obligation.

M. Jean-Louis Touraine. Je me permets d'insister sur la situation alarmante qu'Édouard Couty a décrite dans son rapport. J'entends bien que des dispositions nouvelles ont été prises, mais sont-elles d'une ampleur suffisante pour inverser véritablement la tendance ? Je n'en suis pas sûr et je serais heureux que l'on prenne quelques mesures additionnelles dans ce sens. Il faut faire preuve de vigilance à tous les niveaux : pas seulement au niveau central ou au niveau de l'Observatoire, mais aussi sur le terrain.

M. Alain Bruneel. Même si des dispositifs existent déjà, la réalité, aujourd'hui, c'est une souffrance au travail qui perdure, avec des cas de *burn-out* et des suicides. Les professionnels hospitaliers ne cessent de nous alerter sur leurs conditions de travail, notamment sur le manque de personnel et de moyens matériels. Il faut vraiment que le Gouvernement les entende.

La commission rejette successivement les amendements AS1300 et AS1293.

Elle examine ensuite l'amendement AS886 de M. Jean-Pierre Door.

M. Gilles Lurton. Depuis 2015, l'encadrement juridique de la pratique de la pharmacie à usage intérieur (PUI) a été précisé par différents textes obligeant le recrutement de pharmaciens ayant un diplôme d'études spécialisées (DES).

Si cette obligation peut s'entendre dans les établissements de santé MCO, rien ne justifie, du point de vue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient, l'obligation d'un niveau DES dans les pharmacies à usage intérieur des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou autorisés en psychiatrie.

Par ailleurs, le nombre de places en internat de pharmacie n'a pas été adapté et un grand nombre d'établissements de santé SSR et de psychiatrie se trouvent dans une situation de tension réelle, du fait de cette obligation d'avoir un pharmacien de PUI titulaire d'un DES. Cette disposition accentue, dans certains territoires, les difficultés d'accès aux soins.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement remet en cause l'obligation, pour les pharmaciens qui exercent dans la PUI d'un établissement de soins de suite et de réadaptation ou autorisé en psychiatrie, d'avoir un DES. Rien ne justifie que le

niveau de qualité ou de sécurité de la prise en charge du patient ne soit pas aussi bien garantie dans ces structures. Avis défavorable.

M. Gilles Lurton. La conséquence de cette mesure, c'est que l'on ne trouve plus de médecins désireux d'exercer dans ces établissements et que le niveau de sécurité est encore moins garanti.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS539 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement concerne des centaines de patients qui ont été maltraités dans des centres de santé, notamment dentaires. Afin de garantir la sécurité des patients, il est important que ces centres de santé ne se transforment pas en des établissements recherchant uniquement le profit, à travers des holdings situées à l'étranger ou dans des paradis fiscaux. Pour cette raison, je propose que la délégation de gestion, totale ou partielle, à des sociétés commerciales, soit interdite en matière de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'article L. 6323-1-3 du code de santé publique prévoit déjà que les centres de santé sont créés et gérés par des organismes à but non lucratif ou, sous certaines conditions, par des sociétés coopératives d'intérêt collectif. L'objet de votre amendement étant satisfait, je vous invite à le retirer. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Vous me parlez de gestion, mais mon amendement porte sur la délégation de gestion. Aujourd'hui, rien n'interdit à un centre de santé de déléguer sa gestion à d'autres sociétés : c'est ce qui a donné lieu, récemment, à un scandale impliquant un centre dentaire qui avait transféré de l'argent à l'étranger. La loi encadre certes la gestion des centres de santé, mais elle n'interdit pas la délégation de gestion. Si nous ne l'interdisons pas, nous risquons de voir d'autres scandales se produire.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS476 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS756 de M. Philippe Vigier.

M. Paul Christophe. L'amendement AS476 concerne les pharmacies à usage intérieur des services d'incendie et de secours (SIS). Sans concertation préalable, ces PUI ont cessé d'être placées sous le même régime juridique d'autorisation que les PUI des autres établissements de soins. Cet amendement propose de revenir à la situation antérieure.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS756 est identique à celui de M. Paul Christophe : il est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces amendements visent à élargir la nomenclature applicable aux pharmacies à usage intérieur mais, en pratique, la reconnaissance des actions de pharmacie clinique, résultant de l'adoption de l'ordonnance, ne crée pas de nouveaux actes tarifés. Elle vise juste à améliorer l'organisation de la prise en charge médicamenteuse, dans le respect de la nomenclature actuelle.

Par ailleurs, je ne comprends pas bien l'intérêt de la seconde partie de votre amendement. Vous indiquez vouloir renvoyer aux ARS l'autorisation des PUI dans les hôpitaux militaires et assimilés, mais le dispositif de votre amendement propose au contraire de renvoyer cette autorisation au ministre de tutelle compétent. Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS477 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Puis elle en vient à l'amendement AS478 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Cet amendement entend préciser, en cas de décès du titulaire d'officine, les modalités de vente, de cession et d'autorisation par l'ARS.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement ne tourne pas car il modifie une référence à l'article L. 5125-21 du code de la santé publique devenue obsolète depuis le mois de juillet 2018. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS536 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'adoption de cet amendement aurait une vraie signification, puisque nous proposons, dans l'ensemble du code de la santé publique, à chaque occurrence des mots « accès aux soins », de leur substituer les mots : « accès à la santé ». Le Président de la République, le Premier ministre et Mme la ministre l'on bien dit : aujourd'hui, il ne s'agit plus de parler de soins, mais de santé. L'adoption de cet amendement serait donc tout à fait significative.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme un état de complet bien-être physique. Même si votre souhait est louable, l'accès à la santé ne relève pas du champ normatif. Au contraire, c'est l'accès aux soins, qu'ils soient curatifs ou préventifs, qui garantit la bonne santé de la population. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1011 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le présent amendement vise à autoriser, à titre expérimental, les infirmiers, membres d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) présente sur un territoire caractérisé par une offre de soins insuffisante, à dispenser certains produits de santé. Il s'agit d'inciter l'ensemble des professionnels de santé à adhérer à une CPTS car la dispensation n'est autorisée que pour les infirmiers et les infirmières participant à une CPTS ayant conclu un protocole de coopération avec un médecin traitant.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous avons déjà débattu de cette question hier après-midi : avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Vote sur l'ensemble du projet de loi.

*La commission **adopte** l'ensemble du projet de loi **modifié**. (Applaudissements.)*

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Rendez-vous la semaine prochaine pour l'examen en séance.

La séance est levée à seize heures quarante.

Présences en réunion

Réunion du jeudi 14 mars 2019 à 14 heures

Présents. – M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Bagarry, Mme Ericka Bareigts, Mme Justine Benin, M. Julien Borowczyk, Mme Brigitte Bourguignon, M. Alain Bruneel, M. Paul Christophe, M. Dominique Da Silva, M. Marc Delatte, M. Pierre Dharréville, Mme Jeanine Dubié, Mme Nathalie Elimas, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Mme Albane Gaillot, M. Jean-Carles Grelier, M. Brahim Hammouche, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Fadila Khattabi, Mme Charlotte Lecocq, M. Gilles Lurton, M. Thomas Mesnier, M. Laurent Pietraszewski, M. Alain Ramadier, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, M. Jean-Louis Touraine, Mme Michèle de Vaucouleurs, M. Francis Vercamer, Mme Annie Vidal

Excusés. - Mme Blandine Brocard, Mme Christine Cloarec, Mme Carole Grandjean, Mme Caroline Janvier, Mme Fiona Lazaar, M. Boris Vallaud

Assistaient également à la réunion. - Mme Ramlati Ali, Mme Nathalie Sarles