

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

193^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du vendredi 22 mars 2019

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTICE DE MME CAROLE BUREAU-BONNARD

1. Organisation et transformation du système de santé (p. 2959)

Rappel au règlement (p. 2959)

M. Jean-Luc Mélenchon

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 2959)

Article 10 (*suite*) (p. 2959)

Amendements n^{os} 370, 962, 1483, 1533

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Amendements n^{os} 1534, 1535, 1163, 358, 14

Amendements n^{os} 1536, 526, 359, 1537

Amendement n^o 1748 et 1747

Amendements n^{os} 639, 1559, 1028

Amendements n^{os} 196, 1214, 447, 625, 1271, 209, 1213, 360, 195, 361

Amendements n^{os} 682, 724, 372, 1176, 1441, 362

Amendements n^{os} 1164, 1629, 566, 1538, 1215, 308, 210, 1539, 1172, 1250, 1540, 680

Rappel au règlement (p. 2975)

Mme Caroline Fiat

Après l'article 10 (p. 2976)

Amendements n^{os} 1361, 578, 527, 476, 840, 1314, 305

Amendements n^{os} 1351, 1668, 1342, 942 rectifié

Article 10 *bis* (p. 2978)

Amendements n^{os} 2064, 2066

Après l'article 10 *bis* (p. 2978)

Amendements n^{os} 1027 rectifié, 1477 rectifié

Article 10 *ter* (p. 2978)

Amendement n^o 2052

Suspension et reprise de la séance (p. 2979)

Article 11 (p. 2979)

Mme Michèle de Vaucouleurs

M. Jean-Paul Lecoq

Mme Emmanuelle Ménard

Amendements n^{os} 1290, 609, 610, 647 rectifié

Amendements n^{os} 27, 640, 1295, 611

Amendements n^{os} 1299, 1297, 1300 et 1298, 923

Amendements n^{os} 1121, 642

Amendements n^{os} 612, 1301

Amendements n^{os} 216, 574, 896, 1302, 614, 613, 615, 1741

Amendements n^{os} 641, 15, 1292, 1353, 1254

Amendements n^{os} 434, 643, 1557, 1987, 1303, 616, 618, 1615, 619, 1304, 972

Amendements n^{os} 644, 831

Amendements n^{os} 726, 1242, 2053, 2087 (sous-amendement), 1515

Amendement n^o 1294 et 1293

Amendements n^{os} 620, 621 et 973, 1950, 1986 rectifié

Après l'article 11 (p. 2995)

Amendements n^{os} 1742 rectifié, 2098 (sous-amendement)

Suspension et reprise de la séance (p. 2995)

Amendements n^{os} 963, 1953

Amendements n^{os} 1336, 1485, 1806

Article 11 *bis* (p. 2997)

Article 12 (p. 2997)

Mme Justine Benin

Mme Michèle de Vaucouleurs

Amendements n^{os} 519, 1811, 213

Amendements n^{os} 262, 912, 971

Amendements n^{os} 1880, 1604

Amendements n^{os} 1343, 1617

Amendements n^{os} 645, 1217, 1565, 1461

Amendement n^o 200

Amendement n^o 575 et 576

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 3001)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME CAROLE BUREAU-BONNARD

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures.)

1

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion d'un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n^{os} 1681, 1767, 1762).

Rappel au règlement

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Mélenchon, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Luc Mélenchon. Naturellement, il s'agit du déroulement de nos débats. Dans un instant, je m'exprimerai publiquement sur le sujet, mais je tiens à ce que mes collègues en soit les premiers informés : j'ai adressé à M. le Premier ministre une lettre lui demandant, au titre de l'article 50-1 de la Constitution, de se présenter devant nous pour répondre de la situation exceptionnelle créée par la décision de confier à l'armée des tâches de maintien de l'ordre ou assimilées telles.

Si je porte cette question à ce point, c'est parce que le général commandant notre armée à Paris, qui en est le gouverneur militaire, a déclaré ce matin que, dans ces tâches, les militaires « pourront aller jusqu'à l'ouverture du feu [...] si leur vie est menacée, ou celle des personnes qu'ils défendent ».

Ainsi, le pays tout entier est mis à la portée, en quelque sorte, d'une seule provocation, ce qui romprait le lien armée-nation et nous entraînerait dans une situation dont personne ici – sur aucun banc, j'en suis certain – ne veut. Je tenais à livrer cette information. Madame la présidente, je vous remercie de m'en avoir donné la possibilité.

Mme Bénédicte Peyrol. S'il n'y avait pas de casseurs, il n'y aurait pas de violences !

DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

Mme la présidente. Ce matin, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles du projet de loi, s'arrêtant à l'amendement n^o 370 à l'article 10.

Article 10 *(suite)*

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements identiques, n^{os} 370, 962, 1483 et 1533, tendant à la suppression de l'article.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n^o 370.

M. Pierre Dharréville. L'article 10 vise à accélérer la mise en place des groupements hospitaliers de territoire – GHT – et à augmenter leur emprise sur les territoires. Nous considérons qu'on ne peut pas procéder – de nouveau par ordonnances, qui plus est – à une telle évolution sans avoir mené une évaluation de ce qu'ont produit les GHT, ce qui mériterait un ample débat, pas uniquement ici, entre nous, mais aussi avec les acteurs concernés. Nous proposons donc de supprimer l'article 10.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n^o 962.

M. Jean-Carles Grelier. Déposé au nom du groupe Les Républicains, il vise également à supprimer l'article 10. Dans la mesure où les GHT, comme les hôpitaux de proximité, ressortissent à la dimension territoriale du texte, il nous a semblé qu'ils auraient mérité de faire l'objet d'un débat dans cette assemblée, laquelle est avant tout le lieu du débat et de l'édification collective de la loi. Il n'est pas souhaitable de procéder par voie d'ordonnances.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n^o 1483.

Mme Caroline Fiat. Depuis les années 1980, l'indépendance des hôpitaux est toujours plus remise en cause. L'instauration des groupements hospitaliers de territoire par la loi du 26 janvier 2016 a modifié la gouvernance des hôpitaux : les groupements ont toujours plus de pouvoir au détriment des hôpitaux de proximité.

Dans un contexte d'austérité et sous couvert de bonne gestion, ils sont les acteurs centraux des fermetures de lits et de services ainsi que des suppressions de postes. Je l'ai indiqué ce matin, on ne peut pas laisser fermer toujours plus de lits. Le groupe La France insoumise ne peut qu'être opposé à l'article 10. Nous en demandons la suppression.

Madame la ministre, une information qui vient de tomber me fournit un exemple probant : l'hôpital Maillot, à Briey, s'apprête à fermer trente lits, en raison du manque de médecins, alors même qu'il fait partie d'un GHT.

Que devons-nous comprendre d'une telle situation ? Si cet hôpital fait partie d'un GHT, pourquoi les autres hôpitaux qui en sont membres n'aident-ils pas à maintenir ces trente lits ? (*M. Alexis Corbière applaudit.*)

M. Bastien Lachaud. Elle a raison !

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1533.

M. Pascal Brindeau. Déposé par le groupe UDI, Agir et indépendants, il vise également à supprimer l'article. Nous l'avons dit, l'instauration des GHT, il y a trois ans déjà, n'a pas fait l'objet, à ce jour, d'une évaluation permettant de mesurer ses conséquences, tant positives que négatives, sur le fonctionnement des hôpitaux territoriaux.

C'est pourquoi nous devons absolument, avant d'aborder les nouveautés introduites par les dispositions de l'article 10 – et qui vont bien plus loin, notamment en matière de gestion des ressources humaines et de décisions d'investissement, lesquelles peuvent être intégralement transférés à la gouvernance du GHT – procéder à une évaluation de leur fonctionnement, afin de déterminer si leur gouvernance – qui est la question centrale pour avancer – est bien équilibrée.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales. Chers collègues, vous proposez de supprimer l'article 10, déplorant à nouveau le recours aux ordonnances qu'il prévoit. Il s'agit pourtant d'un article très important.

En effet, il permet de rééquilibrer enfin la gouvernance des groupements hospitaliers des territoires, notamment en renforçant la participation médicale à leur pilotage stratégique et la gouvernance médicale en généralisant les commissions médicales de groupement et en transférant la compétence de gestion des ressources humaines médicales au niveau du GHT.

Par ailleurs, vous vous interrogez sur le recours aux ordonnances. Lors de l'examen du texte en commission, Mme la ministre a rappelé que des groupes de travail s'attachent à définir les futurs contours des commissions médicales de groupement, s'agissant notamment de leur composition. Les acteurs de santé proposeront eux-mêmes des solutions.

Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je répondrai aux interventions des orateurs inscrits sur l'article et profiterai de l'examen de ces amendements de suppression de l'article 10 pour préciser à nouveau l'ambition du Gouvernement à son sujet, car il constitue une pièce maîtresse de notre stratégie de transformation du système de santé.

Les GHT sont issus de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Ils ont pour objet de favoriser l'accès à des soins sécurisés de qualité, par le biais d'un renforcement de la coopération entre les établissements publics de santé d'un même territoire.

Le présent projet entend renforcer la dynamique de coopération et d'intégration en matière hospitalière, afin d'éviter les compétitions entre hôpitaux. Les lignes de force définissant les mesures prévues par le projet de loi consistent d'abord à recentrer les GHT sur les enjeux de transformation des organisations médicales et soignantes.

Des efforts importants ont été consentis en matière de mise en commun des fonctions de support. Ce matin, Jean-Carles Grelier a notamment évoqué la fonction achats, qui est effectivement mutualisée.

Cela a pu susciter – je le reconnais – un décentrage de l'ambition de la réforme au profit d'une intégration principalement administrative. Pourtant, l'ambition de la nouvelle étape que nous voulons faire franchir aux GHT vise bien à replacer le projet médico-soignant partagé au cœur de la réforme.

Pour ce faire, deux mesures sont prévues. La première est l'intégration de la gouvernance clinique, par le biais de l'intégration des commissions médicales de groupement. Notre ambition est de faire en sorte que certaines décisions médicales soient prises de façon plus collective, à l'échelon du GHT, afin de soutenir l'émergence de filières médicales structurées en son sein, de renforcer la gouvernance médicale dans sa gouvernance d'ensemble et de faire émerger une fonction de président de commission médicale de GHT, qui serait l'homologue médical du directeur de l'établissement support.

J'ai bien présent à l'esprit qu'il faudra veiller à protéger la gouvernance clinique, laquelle doit être maintenue à proximité, notamment dans le cadre de la réforme des hôpitaux de proximité.

La seconde mesure consiste en la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales. Nous voulons nous assurer que les priorités en la matière seront cohérentes avec la stratégie médicale du GHT et que les GHT abandonneront toute pratique concurrentielle, dont je prendrai pour exemple le dumping que nous constatons s'agissant de la rémunération ou des intérimaires.

Nous voulons également que les GHT permettent d'augmenter la visibilité des opportunités de déroulement de carrière pour les praticiens, afin d'améliorer l'attractivité des postes. Il nous incombe de définir en conséquence la ligne de partage entre établissements de santé et GHT. Toutefois, afin de ne pas ralentir la gestion quotidienne, les responsabilités seront dupliquées.

J'entends bien les quelques inquiétudes exprimées par les médecins, qui craignent un alourdissement des circuits de décision et doutent que les rôles respectifs du GHT et des établissements de santé permettent de conjuguer fluidité et stratégie de groupement. Nous tirerons les leçons de l'expérience de la mutualisation des fonctions achats.

Le deuxième volet de la réforme proposée par le présent projet de loi vise à soutenir les GHT s'agissant de leur capacité d'approfondir leur intégration, par le biais d'un droit d'option, permettant aux GHT volontaires de conclure un unique contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens – CPOM – avec l'ARS.

Cela favorisera également une politique d'investissement unifiée, avec un plan global de financement pluriannuel et un plan pluriannuel d'investissement uniques. La trésorerie pourra aussi être mutualisée.

Enfin, cela permettra de fusionner des instances de même famille, à l'exception des commissions des usagers et des conseils de surveillance, soit la commission médicale d'établissement – CME –, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail – CHSCT –, le directoire et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques – CSIRMT. Ce sont là des pas d'intégration complémentaires, qui doivent simplifier le fonctionnement des GHT et garantir un alignement stratégique des parties.

Vous l'avez compris, il s'agit d'un droit d'option, donc de l'ouverture d'une possibilité d'intégration accrue, et non d'une obligation faite aux GHT. Comme tout droit d'option, il sera soumis à l'accord des établissements concernés.

Le modèle cible, sur les divers sujets, n'est pas encore arrêté, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, celui-ci ne dépend pas uniquement de la mesure prévue : il interagit fortement avec d'autres dispositions du projet de loi.

Tel est notamment le cas de la mutualisation de la gestion des ressources médicales, qui interagit avec l'unification du statut de praticien contractuel, et de la révision des compétences des CME, qui dépend quant à elle de la réforme des hôpitaux de proximité.

Par ailleurs, une fois l'objectif affiché, il faut définir les modalités opérationnelles du processus d'autorisation d'activation du droit d'option ainsi que la ligne de partage entre GHT et établissements de santé en matière de gestion des ressources humaines médicales.

C'est pourquoi l'article 10, après avoir édicté des principes fondamentaux, comporte des mesures d'habilitation à légiférer par ordonnances. Je souhaite prendre le temps de définir le modèle cible, en concertation avec les partenaires concernés représentant les hôpitaux et les professionnels.

Ces travaux de définition ont débuté au début du mois de mars, dans le cadre de groupes de travail. Une trentaine d'ateliers de coconstruction, pilotés par la direction générale de l'offre de soins – DGOS – sont programmés d'ici l'été.

S'agissant de la place des parlementaires, j'ai dit et je répète que je souhaite bien évidemment vous associer aux travaux, ainsi que les sénateurs. Nous avons aujourd'hui un débat sur les dispositions de l'article ; nous en aurons un autre lors de la ratification des ordonnances.

Par ailleurs, je me suis engagée à présenter ces dernières à la commission des affaires sociales, une fois qu'elles seront rédigées. Vous disposerez également d'une étude d'impact, afin qu'aucune décision ne vous soit cachée.

Nous avons fait le choix de l'efficacité, en mettant à profit le présent projet de loi. Je pense, en conscience, que l'on peut travailler en recourant à des ordonnances si l'on est exemplaire s'agissant de la logique de travail avec les parlementaires et de l'aboutissement des processus de concertation avec les professionnels et les autres parties prenantes. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Madame la ministre, tout cela confirme que vous prenez l'autoroute à contresens. Vous vous inscrivez véritablement dans une démarche consistant

à nous demander de vous autoriser à concerter, discuter et rédiger des ordonnances qui sont peut-être d'ores et déjà en cours de rédaction...

Vous annoncez que vous reviendrez ensuite vers nous, affirmant : « Aucune décision ne vous sera cachée ». Mais notre rôle n'est pas simplement d'évaluer les décisions une fois que vous les avez prises, il consiste à contribuer à fixer le cadre de la loi et à l'écrire avec vous, avant de la voter ! Telle n'est pas la démarche dans laquelle vous vous inscrivez. Par conséquent, vous n'êtes pas prête à légiférer. Il faudra donc revenir nous voir quand vous le serez, car le sujet est trop grave.

Mme Caroline Fiat. Eh oui !

M. Pierre Dharréville. Il y a chez vous, de surcroît, une part d'aveuglement sur ce que les GHT ont produit. Ils sont décriés partout, madame la ministre ! À l'occasion du tour de France des hôpitaux organisé par les parlementaires communistes, j'ai pu m'en apercevoir. Ils ne fonctionnent pas – à tout le moins, la réalité ne correspond pas à la description idyllique que vous nous faites.

Je ne pense pas qu'il faille prendre des décisions aujourd'hui ; il faut au contraire se donner le temps d'approfondir, d'évaluer, de réaliser une étude d'impact.

Il faut aussi nous dire où vous voulez vraiment en venir ! Vous venez de nous apporter quelques précisions, et je vous en remercie, mais le Parlement doit pouvoir débattre de vos propositions.

Nous avons un problème sérieux, et qui s'aggrave au fil de l'examen des articles. C'est pourquoi nous devrions voter ces amendements de suppression.

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. Madame la ministre, je voudrais faire des remarques qui ne sont ni juridiques, ni technocratiques, mais plutôt affectives.

Je suis les péripéties vécues par le centre hospitalier de Condom depuis plusieurs années, et je pense que cette situation doit être emblématique de bien d'autres : les personnels soignants sont extrêmement attachés à leur établissement. Ils font véritablement corps avec lui.

J'ai soutenu les GHT ; je les ai votés. Mais il existe des situations particulières, et c'est le cas du Gers : avec deux hôpitaux pauvres, on ne peut pas faire un riche. Je crains que la mutualisation des ressources humaines ne se fasse au détriment du plus petit d'entre eux, qui en l'espèce fonctionne bien et dispose de ressources médicales, ce qui n'est pas le cas de l'hôpital pivot.

Voilà les inquiétudes dont je voulais vous faire part, madame la ministre, et qu'il faudra que vous preniez en considération si vous voulez faire fonctionner cet outil – et je souhaite qu'il fonctionne, car nous ne sommes pas là pour nous faire plaisir ou pour tirer des plans sur la comète, mais pour agir pour le bien de nos concitoyens.

Mme la présidente. La parole est à M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Je suis persuadé de vos bonnes intentions, madame la ministre, mais je permets de vous alerter sur leur traduction dans les faits.

Dans mon territoire, je peux vous assurer que lorsque nous avons travaillé en partenariat avec l'ARS, nous avons eu le choix entre le GHT du Dunkerquois et de l'Audomarois... (*Sourires.*) Il ne s'est agi en aucune façon d'un choix mais d'une décision imposée.

La mutualisation peut être pertinente, par exemple pour la politique d'achats ; mais je vis moi-même les que rencontre l'hôpital maritime de Zuydcoote avec le centre hospitalier de Dunkerque : on nous a refusé des équipements, en particulier des cabines de pléthysmographie, en nous expliquant que nous n'étions pas un établissement de médecine, mais un établissement sanitaire. Or cette lecture est fautive, au regard des textes de l'ARS, et elle nous pénalise. Nous venons ainsi de perdre notre pneumologue, qui a rejoint un établissement voisin, privé à but non lucratif, qui n'est pas soumis aux mêmes règles.

Nous vivons aujourd'hui une concurrence exacerbée, qui risque de vider de sa substance notre service de soins de suite et de rééducation – SSR – en pneumologie. Or vous savez combien les pathologies pulmonaires sont importantes dans notre territoire, entre l'amiante et les autres maladies liées aux pollutions directes.

Je tenais, madame la ministre, à appeler votre attention sur cette situation.

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau.

M. Pascal Brindeau. Madame la ministre, vous parlez de droit d'option : aller plus loin dans l'intégration des GHT serait facultatif. En ce qui concerne les accords d'établissements, s'agira-t-il d'accords majoritaires, ou bien nécessiteront-ils l'accord unanime des établissements qui composent le GHT ? L'incidence ne serait pas la même.

Vous parlez également d'intégration des trésoreries. Il y a des situations qui s'expliquent de façon objective... Je peux par exemple vous dire pourquoi la trésorerie du centre hospitalier de Vendôme est structurellement positive. Je pourrais vous dire aussi – mais je ne le ferai pas publiquement – pourquoi celle du centre hospitalier de Blois devient structurellement négative. Il est hors de question pour les soignants, pour les usagers, pour les élus locaux que la trésorerie de Vendôme serve à boucher les trous de Blois !

Mme la présidente. La parole est à Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Je voudrais apporter un témoignage très positif. Dans mon territoire, le GHT – qui est une petite structure, à l'échelle tout de même du département – a beaucoup apporté aux hôpitaux de proximité, notamment pour les fonctions support : gestion des ressources humaines, en particulier recrutements, mais aussi intendance, comptabilité...

L'esprit de cette loi, c'est de créer de la confiance entre tous les acteurs, notamment au sein de la communauté de santé. Nous pouvons tous ensemble nous engager en faveur d'un projet territorial partagé.

Cet article 10, qui donne en particulier une plus grande importance aux commissions médicales, va dans le bon sens.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Nos débats d'aujourd'hui me rappellent ceux qui ont mené à la loi du 6 février 1992, qui a créé les communautés de communes : tous les maires,

notamment ceux des plus petites communes, vivaient dans la crainte que leur commune soit absorbée par d'autres, que tout soit mutualisé mais que personne ne s'y retrouve.

Je n'ai pas le sentiment, si longtemps après le vote de cette loi, que le modèle des communautés de communes soit aujourd'hui remis en cause ; je veux croire qu'une mutualisation, qu'une coopération à l'échelle d'un territoire, lorsqu'elle est bien préparée et bien construite, se passe sans difficulté et peut être bénéfique pour tout le monde.

Les communes n'ont rien perdu de leur valeur ni de leur importance, nous le voyons tous dans nos territoires ; et nous voyons aussi tout ce que l'on peut faire un peu mieux parce qu'on le fait ensemble.

Je le disais ce matin : l'idéal serait que le cadre dessiné pour les GHT soit aussi clair que celui de la loi de 1992, afin que nous sachions précisément comment se répartissent les compétences, comment s'organise autour de l'hôpital support cette collectivité d'hôpitaux qu'est le GHT. Si nous suivions cette logique juridique de la loi de 1992, nous pourrions, je crois, convaincre sans difficulté les élus, puis les communautés hospitalières, que cette coopération est dans l'intérêt de tous.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est un débat important ; je connais le poids des GHT dans les territoires. Certains fonctionnent merveilleusement bien, quand d'autres vivent des guerres de tranchées. Ce sont les territoires qui ont choisi de s'organiser de telle ou telle façon ; parfois la logique est évidente, parfois on se demande comment ont été construits les bassins de vie. Tout cela, nous en héritons ; il nous faut maintenant aller de l'avant.

Nous ne pouvons que constater les limites administratives et organisationnelles de ce modèle : ces hôpitaux ne coopèrent pas assez, et sauf extrême bonne volonté des acteurs les sites sont en compétition les uns avec les autres.

Madame Biémouret, vous avez raison : parfois cela fonctionne bien, mais parfois cela fonctionne mal. Le fond du problème, c'est que toutes les organisations sont profondément humaines : nous devons dessiner un cadre qui facilite la construction de coopérations où chacun trouve son intérêt. Nous souhaitons aussi, pour cette même raison, rééquilibrer le volet très administratif des coopérations en les recentrant sur le projet médical et les filières de prise en charge.

Monsieur Christophe, je vous dirai la même chose : ce que nous voulons, c'est remettre le médical au centre et donner l'occasion aux professionnels d'organiser des filières de soins dans le meilleur intérêt de nos concitoyens.

Monsieur Brindeau, vous m'interrogez sur le droit d'option. Il nécessite l'accord de tous les sites, de tous les hôpitaux : en aucun cas il ne peut être imposé par une simple majorité.

Monsieur Grelier, je crois que nous pensons la même chose : il faut remettre l'humain au cœur. Nous aurions pu avancer à marche forcée vers une intégration complète ; ce n'est pas le choix que nous faisons, car on ne peut pas brusquer des fonctionnements dont les défauts sont inhérents à la présence de personnes humaines, qui ont besoin de se parler et de se connaître.

Nous souhaitons, avec cet acte II des GHT, progresser vers plus d'intégration et de coopération, à des niveaux variables : le droit d'option permet d'aller au bout, mais il ne sera jamais imposé. Si les gens ne se parlent pas, il serait inutile d'imposer quoi que ce soit : cela ne fonctionnera pas. Mais nous avons aussi essayé de placer le curseur afin que ceux qui veulent aller plus loin le puissent. Je suis fondamentalement convaincue que quand les gens comprennent que si tout le monde se parle, si on travaille ensemble, alors on travaille mieux et chacun en retire des bénéfices, ces GHT fonctionnent mieux.

Mesdames et messieurs les députés, nos intérêts sont communs. Les amendements de suppression de l'article sont essentiellement motivés par un regret d'une insuffisante intégration des parlementaires à la discussion. Mais nous sommes, je crois, au fond, d'accord pour remettre le médical au centre, pour laisser des droits d'option à ceux qui le souhaitent...

M. Jean-Paul Lecoq. C'est le patient qu'il faut mettre au centre !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le médical, dans l'intérêt des patients, monsieur Lecoq – le médical plutôt que l'administratif pur.

Je me suis engagée devant vous à coconstruire les missions des hôpitaux de proximité avec la commission des affaires sociales. De la même façon, je laisserai le soin à Mme la présidente de la commission des affaires sociales de me faire des propositions pour un moment de partage régulier avec la commission ; je propose que nous utilisions la même méthode : soit je m'engage à venir vous voir, soit vous formez un groupe de travail qui viendra au ministère. Il revient naturellement à Mme Brigitte Bourguignon de décider de la méthode.

Mais je m'engage à construire cette ordonnance avec les parlementaires de la commission des affaires sociales qui le souhaitent, selon la même méthode, je le répète, que celle suivie pour les hôpitaux de proximité. Je ne veux pas priver la représentation nationale de cette discussion ; mais nous devons avancer, et cette loi est le meilleur véhicule pour cela.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Je ne reviens pas sur cette dernière proposition, madame la ministre : j'ai dit ce que j'en pensais tout à l'heure.

Madame Bagarry, vous dites qu'il faut se faire confiance. Mais nous parlons de structures, d'institutions, où il y a du pouvoir, où certains ont du pouvoir et d'autres moins... Il ne s'agit pas seulement de confiance : il y a des rapports de force, entre les territoires, mais aussi à l'intérieur d'un établissement.

M. Grelier pose une bonne question sur la structuration interne des GHT. Je suis à fond pour la coopération ! Il est inutile que les établissements se fassent concurrence. Mais je fais observer aussi que la concurrence vient souvent d'ailleurs : à Marseille, je vois des établissements privés qui poussent un peu partout dans l'idée de tailler des croupières aux établissements publics... Cela fait partie des sujets qui ne sont pas traités.

L'outil n'est pas adapté pour mettre en place les coopérations dont vous nous parlez, madame la ministre ; au contraire, il servira à comprimer, à restructurer, mais certainement pas à établir de véritables coopérations. C'est un problème majeur auquel il faut réfléchir sérieusement.

(Les amendements identiques n° 370, 962, 1483 et 1533 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1534.

M. Pascal Brindeau. Je vous remercie, madame la ministre, de votre souci d'associer les parlementaires sous une forme ou sous une autre à la construction de l'avenir. Mais nous aurions vraiment besoin d'un état des lieux du fonctionnement actuel des GHT, afin d'adapter au mieux ce modèle et de garantir une gouvernance équilibrée. Cela pourrait prendre la forme d'une mission d'information.

Tel est l'objet de cet amendement, qui vise à supprimer les alinéas 2 à 5. En attendant l'état des lieux que nous demandons, nous ne souhaitons pas aller plus loin en créant les commissions médicales de groupement.

En effet, si celles-ci n'intègrent pas la totalité des établissements, elles risquent à nouveau de contribuer à centraliser la gouvernance, au détriment des établissements secondaires.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable. Vous souhaitez supprimer les alinéas 2 à 5, qui créent les commissions médicales de groupement.

Ces commissions sont à mes yeux indispensables pour renforcer la gouvernance médicale au sein des groupements hospitaliers de territoire. Elles permettront même un rééquilibrage entre les médecins et les directions, qui semble nécessaire.

(L'amendement n° 1534, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Sur l'amendement n° 1535, je suis saisie par le groupe UDI, Agir et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1535.

M. Pascal Brindeau. En tant qu'il vise à conditionner la création des commissions médicales de groupement à l'accord formel de l'ensemble des commissions médicales d'établissement, cet amendement procède, là encore, du souci d'aboutir à une gouvernance équilibrée au sein des GHT, seule garante de leur bon fonctionnement à venir.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez que la création des commissions médicales de groupement soit conditionnée à l'accord formel de l'ensemble des commissions médicales d'établissement.

Aujourd'hui, les groupements hospitaliers de territoire peuvent choisir soit une commission médicale de groupement, en délégation des compétences des commissions

médicales d'établissement, soit un collège médical. Dans ce dernier cas, la composition et les compétences du collège médical sont déterminées par la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire.

En revanche, si une commission médicale de groupement est créée, elle est composée des présidents des commissions médicales d'établissement des établissements du groupement, ainsi que de représentants désignés par les commissions médicales d'établissement de ces établissements et de représentants des professionnels médicaux ou des services médico-sociaux appartenant au groupement.

Cet amendement reviendrait donc à une situation proche du droit en vigueur. Or notre objectif est bien de généraliser les commissions médicales de groupement au sein des GHT.

Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. M. Christophe n'étant pas présent, je ne peux pas mettre aux voix l'amendement pour lequel un scrutin public était annoncé.

M. Pascal Brindeau. Il vient de quitter l'hémicycle !

Mme la présidente. Nous vérifions ce point, mais il semble que M. Christophe doive être présent au moment où le scrutin est lancé.

Le scrutin public ne peut donc pas avoir lieu, mais vous pouvez en revanche prendre la parole, monsieur Brindeau.

M. Pascal Brindeau. Laissons la question du scrutin public, et venons-en à l'argumentation du rapporteur, qui ne m'a absolument pas convaincu.

Si l'on doit entrer dans un nouveau système de gouvernance, il faut veiller à ce que les commissions médicales d'établissement soient représentées.

Ce point fait d'ailleurs l'objet d'un autre amendement, qui consiste à inscrire dans la loi que les présidents des commissions médicales d'établissement sont obligatoirement membres de la commission médicale de groupement, ce qui n'est pas assuré aujourd'hui.

(L'amendement n° 1535 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 1163.

Mme Emmanuelle Ménard. Cet amendement revient sur votre méthode, selon laquelle, au nom d'une stratégie médicale commune, il conviendrait de rendre les commissions médicales de groupement obligatoires au sein des groupements hospitaliers de territoire.

Malgré le travail mené en commission, je ne comprends toujours pas bien en quoi il serait pertinent d'imposer les commissions médicales de groupement – CMG –, plutôt que de leur garder un caractère facultatif. Nous aurions très bien pu nous arrêter sur le mode de gouvernance des GHT qui, d'ailleurs, comprennent déjà des représentants du monde médical.

Pour renforcer la gouvernance d'un groupement que l'on prétend « de terrain », il faut surtout que les élus locaux puissent y trouver leur place car leur connaissance précise du terrain est précieuse. C'est d'ailleurs ce que je propose dans l'un de mes amendements.

Par ailleurs, si les GHT sont parfois perçus comme des leviers pour lutter contre la désertification médicale, ils ressemblent trop souvent à des groupements d'établissements publics, qui ont toutes les peines du monde à s'associer avec des établissements privés. Il me semble prématuré de tout miser sur cette structure relativement nouvelle – elle n'a que trois ans – pour rendre notre système de santé plus accessible.

Avant de nous lancer dans cette voie, nous aurions peut-être pu entamer une étude sérieuse du bien-fondé de cette structure. En effet, cette mesure apparaît plus technocratique qu'utile pour atteindre l'objectif de coordonner les forces médicales dans nos territoires, afin qu'ils soient mieux desservis.

C'est pourquoi, du moins dans un premier temps, il convient de rendre facultative la création d'une commission médicale de groupement dans les groupements hospitaliers de territoire.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous souhaitons développer très rapidement, et largement, les commissions médicales de groupement, lesquelles, parallèlement aux directions, qui peuvent être critiquées – c'est d'ailleurs souvent le cas sur le terrain – présentent l'intérêt de renforcer vraiment la gouvernance médicale dans les groupements hospitaliers de territoire,

Il s'agit d'un véritable enjeu pour la vie de ces groupements hospitaliers, pour leurs projets médicaux et leur intégration avec la médecine de ville. C'est tout l'objet des projets territoriaux de santé, qui ont occupé nos débats il y a deux jours.

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

(L'amendement n° 1163, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 358.

Mme Geneviève Levy. Madame la ministre, je connais votre attachement à une vision territoriale de l'organisation de la santé. C'est la raison pour laquelle, au nom de notre collègue Arnaud Viala, je vous propose de modifier la rédaction de l'alinéa 4, en remplaçant « commission médicale de groupement » par « ou plusieurs commissions médicales territoriales ».

Parce qu'il est indispensable que les dimensions infraterritoriales se retrouvent dans les structures de gouvernance et de réflexion, la mention des territoires doit figurer de manière explicite dans la désignation des commissions médicales.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Votre idée, si je la comprends bien, déconnecterait entièrement la commission médicale de groupement du GHT.

De plus, elle semble déjà satisfaite par le projet territorial de santé dont nous avons débattu ces derniers jours. Par ce biais, les professionnels de santé peuvent définir des projets de santé entre eux, dans un territoire qu'ils choisissent eux-mêmes.

(L'amendement n° 358, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n° 14.

M. Jean-Carles Grelier. Comme Mme la ministre, qui s'est plu à citer Nietzsche, je veux rappeler que « chaque mot est un préjugé ». La sémantique a donc son importance.

Tant que l'hospitalisation privée à but lucratif ou non lucratif n'est pas partie prenante des groupements hospitaliers de territoire, il pourrait être judicieux de les dénommer simplement « groupements hospitaliers publics ».

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable. Je comprends qu'il s'agit d'un amendement d'appel, que nous avons eu l'occasion de discuter en commission.

Même s'il est encore un peu tôt, j'espère qu'à terme, les GHT pourront s'ouvrir davantage aux autres composantes de l'offre hospitalière. Cette ouverture vers les acteurs privés et la médecine de ville est déjà possible en réalité, puisque la loi prévoit que les établissements privés puissent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire.

Il en va ainsi pour le groupement hospitalier de territoire Rhône Nord Beaujolais Dombes, ou le groupement hospitalier de territoire Nord Deux-Sèvres, dans la circonscription de mon collègue Guillaume Chiche, qui n'est malheureusement pas présent dans l'hémicycle.

Ce GHT dans le territoire de Niort donne un bel exemple d'un partenariat entre un hôpital et une clinique.

(L'amendement n° 14, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 1536 et 526, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1536.

M. Pascal Brindeau. Cet amendement modifie l'alinéa 3 pour traiter non pas d'une commission médicale de groupement, mais d'une structure qui apporte son appui et conseille les commissions médicales d'établissement, plutôt que de s'y substituer en matière de projet ou de stratégie.

Il s'agit de garantir le fait que la création d'une commission médicale de groupement ne conduise pas à confisquer encore une fois la décision, au détriment des commissions médicales d'établissement.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 526.

M. Gilles Lurton. Il vise à rédiger ainsi le début de la dernière phrase de l'alinéa 3 : « Elle élabore avec le concours des établissements membres du groupement... », le reste étant inchangé.

Ainsi, l'ensemble des établissements seront pleinement associés aux décisions de la commission médicale de groupement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez ôter aux commissions médicales de groupement le pouvoir de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale de groupement et du projet médical partagé. Cela reviendrait à mon sens à vider celles-ci de leur substance.

Ces commissions de groupement doivent justement jouer un rôle important, pour rééquilibrer le pouvoir avec la direction des GHT.

Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Devant votre étonnement, monsieur Lurton, je veux compléter la remarque de M. le rapporteur.

L'implication des usagers, que vous proposez, suppose une certaine proximité, ce qui nous conduit d'ailleurs à soutenir plusieurs amendements.

S'agissant de l'amélioration de la qualité des soins, même si elle passe par une stratégie de groupe, je rappelle que, lors d'une certification, la Haute autorité de santé visite chaque établissement indépendamment. C'est la raison pour laquelle il est difficile de faire remonter aux GHT l'ensemble des missions que vous proposez.

Il faut que nous trouvions un juste équilibre entre le GHT et les hôpitaux qui en sont membres.

Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau.

M. Pascal Brindeau. Je ne sais pas si j'ai bien compris la réponse de Mme la ministre sur une proposition de rédaction qui diffère un peu de la mienne.

Quant à M. le rapporteur, il valide le fait qu'il faut absolument que la commission médicale de groupement soit celle qui décide pour le compte de l'ensemble des commissions médicales d'établissement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Non, ce n'est pas cela !

M. Pascal Brindeau. Ce sont précisément ces inquiétudes que nous avons formulées depuis le début de cette discussion.

(Les amendements n°s 1536 et 526, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 359.

M. Gilles Lurton. Défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Défavorable. Monsieur Lurton, veuillez m'excuser de n'avoir répondu qu'à M. Brindeau dans la série d'amendements précédente.

M. Gilles Lurton. Pourtant, mon amendement n'était pas mauvais !

(L'amendement n° 359, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1537.

M. Pascal Brindeau. Toujours dans le même esprit, il vise à inscrire noir sur blanc que les présidents des commissions médicales des établissements composant le groupement hospitalier de territoire sont membres de la CMG. Leur présence n'est pas assurée faute de préciser dans la loi la composition de la CMG.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La composition des CMG sera déterminée par voie réglementaire – la ministre avait eu l'occasion de présenter la méthode en commission. La concertation est en cours. Il appartient aux divers professionnels de décider comment ils souhaitent s'organiser. Avis défavorable.

(L'amendement n° 1537, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 1748 et 1747, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à Mme Delphine Bagarry, pour les soutenir.

Mme Delphine Bagarry. Ces amendements s'inscrivent dans la même logique de renforcement de la démocratie sanitaire au sein des équipes soignantes dans les CMG.

La mission flash sur le financement de la psychiatrie, menée par Martine Wonner, a mis au jour les dynamiques souvent concurrentes parmi les professions de santé, qui s'expliquent principalement par la prédominance de la culture du tout médical.

S'il est indéniable que les médecins doivent conserver un rôle central au sein de ces commissions, il semble nécessaire d'y associer d'autres professions. Les amendements n°s 1747 et 1748 prévoient d'inclure dans la composition des CMG respectivement les infirmiers et les psychologues – qui sont présents dans le cadre des soins en santé mentale, mais ne sont considérés comme professions ni médicales ni paramédicales.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Il n'est pas vraiment question de démocratie sanitaire, puisque les usagers ne sont pas concernés.

La composition des CMG sera l'émanation des différentes commissions médicales d'établissement – CME. Vous devriez donc poser votre question dès la CME, qui compte en son sein des médecins et des sages-femmes. Les infirmiers ainsi que d'autres personnels sont représentés dans la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement que votre amendement n'évoque pas.

La réflexion n'est pas assez mûre pour le moment. Donc avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. La CME comprend des représentants du comité technique d'établissement. Ces derniers seront-ils également présents dans les CMG ?

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Dès lors que la CMG est l'émanation des différents CME, la réponse est oui.

Mme la présidente. La parole est à Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Je retire les amendements, quitte à les retravailler avec Mme Wonner.

(Les amendements n°s 1748 et 1747 sont retirés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 639 et 1559, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 639.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Afin de renforcer la cohérence de la stratégie élaborée au sein du GHT, nous proposons d'inscrire dans la loi, d'une part, la représentation des CME des établissements du GHT dans la CMG – les membres de la CMG devant être issus des CME des établissements membres ; d'autre part, la présidence du comité stratégique par le directeur de l'établissement support et sa vice-présidence par le président de la CMG.

Afin que la révision des compétences de la CME s'effectue en miroir de la CMG, nous précisons que la CME contribue « à la mise en œuvre de la stratégie d'établissement et du projet médical, en cohérence avec le projet médical partagé ».

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n° 1559.

M. Yannick Favennec Becot. Dans le souci de garantir une cohérence au sein des futurs GHT, il nous paraît important que des membres issus des CME puissent être représentés au sein de la CMG. Nous avons adapté la rédaction pour tenir compte des remarques de Mme la ministre et de M. le rapporteur en commission. Nous espérons ainsi que notre nouvel amendement, qui nous semble de bon sens, emportera l'adhésion de tous.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous vous interrogez sur la composition des futures CMG. Je rappelle, une nouvelle fois, que celle-ci sera déterminée par décret lorsque les concertations en cours auront abouti.

Parmi les sujets qui seront abordés dans le décret figurent les modalités de désignation des membres des CME – élections directes, membres de droit – ; les règles en matière de cumul des mandats ; les prérogatives du président de la CMG ; les compétences de la CMG. Tous ces éléments

seront précisés par les concertations en cours. Il ne semble pas licite de leur couper l'herbe sous le pied. Donc avis défavorable.

(Les amendements n^{os} 639 et 1559, repoussés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Vincent Thiébaud, pour soutenir l'amendement n^o 1028.

M. Vincent Thiébaud. Cet amendement de Yolaine de Courson vise à intégrer la médecine de ville dans les CMG pour permettre une meilleure coordination du GHT avec le territoire dans lequel il exerce ses activités, en particulier avec les missions assurées par la médecine de ville.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je partage votre souhait d'ouvrir la gouvernance des hôpitaux aux autres acteurs du système de santé. C'est d'ailleurs ce que nous faisons au travers des hôpitaux de proximité dont nous avons discuté ce matin.

L'amendement propose que la CMG comporte des représentants de la médecine de ville. Or, les praticiens hospitaliers doivent se sentir représentés au premier chef au sein de ces commissions car les décisions qui y sont prises les concernent directement.

En revanche, les projets territoriaux de santé, prévus à l'article 7, pourront permettre de véritables synergies entre ville et hôpital.

Je vous invite donc à retirer l'amendement, sinon mon avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Vincent Thiébaud.

M. Vincent Thiébaud. Compte tenu des explications du rapporteur, je retire l'amendement.

(L'amendement n^o 1028 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 196 et 1214.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 196.

M. Gilles Lurton. Il est défendu. Je laisse la paternité de cette idée à M. Door.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 1214.

M. Jean-Pierre Door. En commission, je vous avais fait part de cette préoccupation, madame la ministre : pour que le projet médical partagé puisse être mené de façon satisfaisante, efficace, prospective et donner des résultats, il faut un équilibre au sein de la CMG.

Si nous ignorons, à ce jour, la composition de la CMG, notamment le nombre des membres, il importe que tous les partenaires soient sur un pied d'égalité. Il faut éviter de créer des majorités. Il s'agit non pas, de voter en fonction du poids politique des communes, comme dans les intercommunalités, mais de travailler à un projet médical partagé.

Dans ma région, un comité stratégique a été créé au sein duquel tous les partenaires sont représentés à égalité et la présidence est assurée par une partenaire périphérique, et non de l'hôpital socle, ce qui explique les bons résultats.

La représentation égalitaire des établissements permettra de résoudre toutes les questions qui se posent sur la composition de la CMG.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous posez une question de fond : les établissements doivent-ils être représentés à égalité ou en fonction de leur importance mesurée par exemple par leur nombre de lits ou leur activité ?

M. Jean-Pierre Door. Surtout pas !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La question se pose. Il appartient aux concertations en cours d'y répondre. Donc mon avis est défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends parfaitement l'inquiétude que vous exprimez...

M. Jean-Pierre Door. Ce n'est pas de l'inquiétude !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Disons, votre souci d'un équilibre. Nous devons évidemment garantir aux établissements une juste représentation qui leur permette de peser sur les décisions et de se sentir en responsabilité.

Il y a tout de même une limite à votre suggestion – c'est la raison pour laquelle je ne souhaite pas l'inscrire dans la loi – : dans le cas d'un gros CHU avec deux hôpitaux de proximité, il serait compliqué que la CMG comporte six membres, deux de chaque établissement. Certaines situations réclament un traitement spécifique.

Votre amendement, même s'il est très intéressant dans son principe, se heurte à cette limite. Je préfère que nous restions libres de travailler avec l'ensemble des parties prenantes. L'idée qui nous guide est bien celle d'un équilibre entre les différents sites, mais il n'est pas possible de le garantir totalement dans la loi à cause de situations comme celle que je viens de décrire.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, je vous ai entendue donc je vous propose autre chose : dans les GHT qui fonctionnent, tous les partenaires se réunissent régulièrement. Laissons aux représentants la liberté de négocier entre eux la composition de la future CMG et de trouver la bonne formule pour garantir une représentation équilibrée.

M. Jean-Paul Lecoq. C'est l'anarchie médicale !

(Les amendements identiques n^{os} 196 et 1214 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n^o 447.

Mme Emmanuelle Ménard. Cet amendement prévoit la présence de deux représentants locaux au sein de la CMG – je sais bien que la composition sera fixée par décret.

La création des commissions devrait, selon moi, rester facultative mais cette mesure peut être une bonne chose pour les GHT à condition de s'adapter aux territoires. Pour cela, les commissions doivent s'appuyer sur des représentants locaux, au nombre de deux. Cela permettra d'élaborer des stratégies au plus près des besoins particuliers des territoires et d'éviter une logique unique de rationalisation.

Éviter la concurrence entre les établissements, c'est bien, mais confisquer des moyens aux établissements sous prétexte de mutualiser, ce n'est pas souhaitable pour nos territoires.

Or, les moyens sont les grands absents de ce projet de loi. Les représentants locaux seront les acteurs privilégiés pour prendre cette question à bras-le-corps au sein des CMG.

Il faut se prémunir contre une centralisation disproportionnée. Vous avez assuré, madame la ministre, en commission que l'esprit de cette réforme était le rééquilibrage des différents sites pour éviter leur aspiration par le GHT. Dans le même temps, cette réforme prévoit la création d'une CMG qui imposera ses décisions aux CME du GHT. D'ailleurs, la concertation promise n'a pas encore été menée alors qu'il aurait été bien plus logique de le faire avant la présentation de ce projet de loi.

Dans ces conditions, il est vraiment important d'associer les représentants locaux à la gestion des GHT.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez que les élus locaux soient représentés au sein de la commission médicale de groupement. Or ils sont déjà présents dans les GHT au travers du comité territorial des élus locaux. Il ne me semble pas opportun de les faire entrer à la commission médicale de groupement. Pour en avoir discuté avec les représentants des élus au cours des auditions, je relève que cela ne correspond pas à une demande de leur part. J'émet donc un avis défavorable.

(L'amendement n° 447, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Anthony Cellier, pour soutenir l'amendement n° 625.

M. Anthony Cellier. Rédigé par Mme De Temmerman, il vise à établir une coprésidence à la tête de la commission médicale de groupement, afin de garantir un équilibre en matière de décision et de réflexion entre les différents établissements membres du GHT et d'éviter la surreprésentation des établissements supports en son sein.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je l'ai expliqué précédemment, la composition et le fonctionnement de la commission médicale de groupement seront fixés par voie réglementaire. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 625 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Anthony Cellier, pour soutenir l'amendement n° 1271.

M. Anthony Cellier. Qui ne tente rien n'a rien ! Peut-être cet amendement vous inspirera-t-il davantage... Son objectif est d'assurer une représentation équilibrée au sein du comité stratégique et de la commission médicale de groupement. Aux termes d'un amendement adopté en commission des affaires sociales, le directeur de l'établissement support sera le président du comité stratégique du groupement, et le président de la commission médicale de groupement en sera le vice-président. Nous proposons que ce dernier ne soit pas issu d'un établissement support.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. Maintenez-vous l'amendement, monsieur Cellier ?

M. Anthony Cellier. J'ai senti un doute dans le regard de Mme la ministre. Je me dis donc que je vais peut-être le maintenir...

M. Pierre Dharréville et M. Jean-Paul Lecoq. Il est intéressant !

Mme la présidente. Cela veut dire que vous le maintenez ?

M. Anthony Cellier. Je le maintiens.

(L'amendement n° 1271 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 209.

M. Gilles Lurton. Il vise à ce que le président de la commission médicale de groupement ait voix prépondérante en cas de partage des voix.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je ne crois pas que cela relève de la loi. Je l'ai déjà indiqué, le décret précisera les modalités de désignation des membres des commissions médicales d'établissement, les compétences de la commission médicale de groupement et les prérogatives de son président. Avis défavorable.

(L'amendement n° 209, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1213.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

(L'amendement n° 1213, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 360.

Mme Geneviève Levy. Les commissions médicales de groupement existent dans chaque groupement hospitalier de territoire. Il serait donc plus cohérent de les désigner en utilisant le pluriel à l'alinéa 5 de l'article 10.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. C'est un amendement rédactionnel. Malheureusement, il manque aussi un « s » au terme « groupement ». Je m'en remets néanmoins à la sagesse de l'Assemblée.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je m'en remets également à la sagesse de l'Assemblée.

(L'amendement n° 360 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 195.

Mme Nicole Sanquer. Il vise à renforcer le rôle des élus locaux au sein du comité stratégique, qui en constitue l'instance principale de décision du GHT.

Les questions liées à l'organisation de l'offre de soins dans les territoires doivent être traitées en concertation avec les élus locaux. Ceux-ci sont actuellement associés aux décisions au travers de leur participation au comité territorial des élus locaux. Le rôle et l'influence de ce comité restent toutefois limités. Pourtant, toute décision concernant l'organisation hospitalière a un impact direct et important sur la médecine de ville. Elle peut également avoir des répercussions pour le bassin de vie, en matière d'emploi et de transport.

La qualité des soins proposés à l'hôpital doit demeurer le premier critère de maintien, de déplacement ou de suppression d'un service. Cependant, il est également indispensable de prendre en compte l'ensemble des aspects que je viens d'évoquer. Or ce sont les élus locaux, notamment les maires, qui sont les plus fins connaisseurs de la situation et des besoins du territoire. En conséquence, il semble indispensable de leur réserver deux places au sein du comité stratégique du GHT.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous avons débattu de la place des élus tout à l'heure. Ceux-ci sont déjà représentés par le biais du comité territorial des élus locaux. Avis défavorable.

(L'amendement n° 195, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 361.

M. Gilles Lurton. C'est un amendement rédactionnel. J'espère qu'il connaîtra le même sort que celui de Mme Lévy tout à l'heure. Dans la mesure où il y a plusieurs commissions médicales territoriales, il y a plusieurs présidents de commission médicale. Je vous propose donc d'ajouter un « s » au terme « président » à l'alinéa 7 de l'article 10.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. C'est malin : l'amendement ne vise pas seulement à ajouter un « s », il tend aussi à substituer « commission médicale territoriale » à « commission médicale de groupement », de même que l'amendement n° 389 de M. Viala tout à l'heure. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 361 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de cinq amendements, n°s 682, 724, 372, 1176 et 1441, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 682 et 724 sont identiques, de même que les amendements n° 372, 1176 et 1441.

La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 682.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Bertrand Bouyx, pour soutenir l'amendement n° 724.

M. Bertrand Bouyx. Cet amendement, dont M. Bertrand Sorre est le premier signataire, vise à conforter les maires dans leur rôle de stratège dans leur territoire. Nous l'avons évoqué tout à l'heure, ils doivent être représentés au sein du conseil stratégique du GHT. En réalité, les décisions se prennent au niveau de ce conseil stratégique, qui est l'instance exécutive du GHT, le comité territorial des élus locaux étant une simple instance consultative.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq, pour soutenir l'amendement n° 372.

M. Jean-Paul Lecoq. L'offre de soins ne peut pas être organisée sans concertation avec les élus locaux. Ceux-ci travaillent déjà depuis des années à l'organisation de l'offre de soins sur leur territoire, en concertation avec les acteurs de santé. Ils mènent des politiques incitatives, notamment pour accueillir les médecins dans les déserts médicaux.

Je prends l'exemple du Havre, qui vous intéressera certainement, madame la ministre. Il y a plusieurs années, nous avons commencé par financer des répétiteurs pour aider les étudiants havrais à passer le cap de la première année de médecine – PACES.

M. Jean-Pierre Door et M. Gilles Lurton. Il n'y a plus de maire, au Havre ?

M. Jean-Paul Lecoq. Nous avons poursuivi notre action en finançant des logements pour eux à Rouen, afin qu'ils vivent dans des conditions acceptables. Ensuite, nous avons procédé à l'installation de fauteuils dentaires pour la formation, en partenariat avec l'université de Lille. Enfin, nous avons travaillé à l'ouverture d'une PACES au Havre – elle existe désormais depuis quelques années – et à l'universitarisation d'un secteur de l'hôpital du Havre.

Vous rendez-vous compte de tout ce que nous avons fait, madame la ministre ? Il a fallu financer tout cela, ce qui nous a coûté beaucoup d'argent. Vous n'avez pas écouté, mais vous pourrez lire le compte rendu...

Restreindre la participation des élus au seul comité territorial des élus locaux est une fausse bonne idée démocratique. Vous cantonnez les élus dans une instance qui sera une simple chambre d'enregistrement. L'organisation de l'offre de soins est une question éminemment politique ; on ne peut pas exclure les élus des discussions à ce sujet. C'est pourquoi nous proposons que deux représentants du comité territorial des élus locaux siègent au sein du comité stratégique, qui est la véritable instance de décision du GHT.

Comme je vous l'ai montré, madame la ministre, le territoire havrais a pris des engagements financiers pour mener toute une série d'actions ces dernières années. Vous comprenez donc que notre ambition, avec cet amendement,

est d'organiser au mieux la concertation avec les élus. L'avenir de l'hôpital est une question qui nous concerne toutes et tous. Cet amendement vise à répondre à cet enjeu de démocratie sanitaire. Je ne doute pas que vous le soutiendrez avec force.

Mme la présidente. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 1176.

M. Paul-André Colombani. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1441.

Mme Gisèle Biémouret. Il va dans le même sens que les précédents : il s'agit de renforcer la présence des élus au sein des instances du GHT. J'ai évoqué tout à l'heure l'attachement des personnels à leur établissement. Je pense que les élus sont eux aussi très attachés aux hôpitaux. Ils savent combien ils sont nécessaires, qu'ils répondent à un besoin des populations. Il importe donc qu'ils puissent prendre part aux décisions. Nous avons l'impression que l'on a un peu peur de leur présence dans certaines instances...

Au fond, je crois que les élus sont les mieux placés pour connaître les besoins de leurs concitoyens et pour les défendre – tel est l'état d'esprit de la plupart d'entre nous ; en tout cas, je l'espère. Nos concitoyens ne pouvant pas participer à toutes ces instances, les élus sont là pour être leurs porte-parole.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces deux séries d'amendements identiques ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous avons eu l'occasion d'évoquer ces sujets très importants lors de l'audition de M. Nicolas Sansu, maire de Vierzou. Depuis le début de nos échanges, deux éléments transparaissent particulièrement : la volonté de transformer le système pour remettre le patient au centre ; le constat récurrent que les collectivités et les élus entourent le patient et aident le système de santé à se développer.

Vous avez pris l'exemple du Havre, monsieur Lecoq. De très belles choses ont effectivement été réalisées.

M. Jean-Paul Lecoq. Avec notre soutien !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Tout à fait !

Les choses fonctionnent donc déjà assez bien. En outre, depuis le début de l'examen du texte, nous avons déjà accompli des avancées en ce qui concerne la place des élus dans la gouvernance et dans les différentes instances. Compte tenu des arguments que j'ai développés à propos des GHT, j'émet un avis défavorable sur l'ensemble des amendements.

M. Jean-Paul Lecoq. Votre avis est contraire aux arguments que vous venez de défendre !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le même que celui du rapporteur.

Mme la présidente. La parole est à M. Serge Letchimy.

M. Serge Letchimy. Monsieur le rapporteur, vous avez dit en aparté : « Tout cela se fait déjà. » Néanmoins, il va falloir, à un moment donné, que vous mettiez quelque chose

derrière le terme « territorialisation » que vous employez. La territorialisation ne doit pas être une simple théorie ou approche intellectuelle !

Sans rouvrir le débat que nous avons eu hier à propos des hôpitaux de proximité, je pense qu'il y a vraiment un enjeu de proximité. La territorialisation passe, bien sûr, par une bonne adéquation entre les responsabilités de l'État, de la République, qu'elle exerce à travers la politique de santé, et celles des élus de chaque territoire. Ces derniers sont, qu'on le veuille ou non, totalement impliqués, non seulement dans la politique des soins et l'organisation de l'offre de soins, mais aussi dans l'aménagement des infrastructures nécessaires pour apporter les réponses adéquates.

En tant que président de région, j'ai eu une expérience intéressante, qui illustre bien la place des élus. En Guadeloupe, l'État a subventionné totalement la reconstruction de l'hôpital. C'est une bonne chose, et la Guadeloupe méritait bien cela. En Martinique, en revanche, l'État a subventionné partiellement et demandé à l'hôpital de contracter un prêt, dont les intérêts seraient remboursés par l'État et le capital, par l'hôpital lui-même. L'hôpital de la Martinique devait donc fournir un apport propre.

Savez-vous comment nous avons été impliqués ? Nous avons dû racheter une ancienne maternité afin que l'hôpital dispose de l'apport personnel qui lui a permis de financer globalement le plateau technique situé à l'arrière du CHU.

C'est une forme d'implication, me direz-vous. Non. Il faudrait une implication dynamique en matière de gouvernance et d'orientation de la politique de santé. Vous savez en effet que la politique de soins est aussi liée à la situation sociale des territoires, qui pèse beaucoup sur l'organisation des réponses à apporter à la population.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. Quand j'écoute nos débats, il m'arrive de me demander à quoi nous servons. Pourquoi sommes-nous là ? Pourquoi consacrons-nous tout ce temps à ces sujets ?

Selon le rapporteur, notre travail est utile, voire excellent. Mme la ministre m'assure qu'elle connaît bien la situation du Havre, où les élus ont fait beaucoup. Ils ont notamment financé sur le budget du territoire des actions de santé que l'État aurait dû prendre en charge. C'est qu'ils voulaient faire avancer les choses, être efficaces et enclencher une dynamique.

Cependant, quand nous avons fait cela, nous n'avons pas fait autre chose. En d'autres termes, au lieu de financer certains postes qui relèvent de la responsabilité du territoire, nous avons consacré une part des impôts locaux acquittés par les citoyens pour agir en lieu et place de l'État.

Cela ne donne-t-il pas un peu aux élus le droit de s'asseoir autour de la table, comme des acteurs à part entière de l'action de la santé dans le territoire ?

Le rapporteur nous répond « Tout cela se fait déjà. » Et il ajoute que nous sommes des législateurs. Justement ! Puisque nous examinons une loi sur la santé, et qu'il existe un usage – « Tout cela se fait déjà » –, je vous propose de transformer cet usage en droit, ce qui est fréquent dans notre pays, pour que ce qui est bon pour certains territoires, où « tout cela se fait déjà », devienne excellent pour l'ensemble de la République. (*M. Pascal Brindeau applaudit.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Janvier.

Mme Caroline Janvier. La proposition est intéressante. J'avais proposé – mais l'idée était peut-être moins bonne – de créer des comités d'élus qui seraient davantage associés aux décisions. Aujourd'hui, j'observe dans mon territoire – c'est, je crois, le cas partout – que ce sont les maires qui vont parfois jusque dans les facultés de médecine pour essayer de recruter des internes afin de répondre aux besoins criants et à la demande insistante de leurs administrés.

M. Jean-Paul Lecoq. C'est vrai !

Mme Caroline Janvier. Ce sont les maires qui ont l'initiative des maisons de santé pluridisciplinaires qui réussissent. Ce sont eux qui portent cette responsabilité et qui se retrouvent parfois dans une situation d'insécurité sanitaire. Il me semble donc intéressant qu'ils soient partie prenante de GHT au plan opérationnel.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'entends ces débats, qui témoignent de la volonté des élus d'être plus impliqués dans l'ensemble des gouvernances citées dans le projet de loi. Le Gouvernement y est très sensible, puisqu'il a accepté un certain nombre d'amendements. S'il refuse ceux-ci, c'est qu'ils reposent sur une confusion de vocabulaire.

En dépit de son nom, le comité stratégique n'a rien de stratégique. L'instance ainsi désignée dans la loi est en fait le comité opérationnel interne du GHT. N'y siègent que des personnels des hôpitaux, à l'exclusion de toute personnalité extérieure. On y discute des achats ou des systèmes d'information. Bref, on y prend des décisions opérationnelles de gestion interne.

Ainsi, bien qu'on l'ait appelé « comité stratégique », il n'a rien de stratégique. C'est un directoire, c'est-à-dire un organe où des décisions sont prises par le directeur du GHT, les directeurs des hôpitaux, les présidents de la commission médicale d'établissement, etc. Ce n'est pas du tout un lieu stratégique.

Je comprends que notre refus vous agace. Il tient à ce que ce terme n'est pas le bon. L'équivalent du conseil de surveillance des hôpitaux, où siègent les élus, est en fait le comité territorial des élus locaux.

M. Jean-Paul Lecoq. Qui n'a qu'un rôle consultatif !

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est là que se décide la stratégie territoriale. Voilà pourquoi nous sommes défavorables aux amendements. Il n'y a pas lieu de faire participer les élus tous les quinze jours ou tous les mois à une réunion au cours de laquelle on organisera les achats ou les systèmes informatiques.

À présent que j'ai éclairci la raison de notre refus, je pense que nous pouvons passer au vote.

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse, mais, dès lors que le comité territorial des élus locaux ne joue qu'un rôle consultatif et que le comité stratégique ne s'occupe pas de stratégie, où se prennent les décisions au niveau du GHT ?

M. Gilles Lurton. C'est bien le problème !

M. Cyrille Isaac-Sibille. Indiquez-nous où elles se prennent, et par conséquent où doivent agir les élus.

(L'amendement n° 724 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Les GHT ont un rôle pragmatique et organisationnel. Je ne pense pas que les élus y aient leur place. Ceux-ci doivent répondre aux attentes des citoyens, prévoir leurs besoins, avoir une vision d'avenir, mais en aucun cas gérer le quotidien d'un GHT.

J'ajoute que le taux de renouvellement des élus locaux est extrêmement fort. Ils sont très sollicités. On connaît leurs difficultés à répondre à leur mission première.

M. Jean-Carles Grelier. Ils apprécieront !

Mme Audrey Dufeu Schubert. Ce serait donc une erreur de les intégrer à de telles structures.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les explications ont été données. Pour autant, j'entends votre question : où se prennent aujourd'hui les décisions des GHT ? C'est le problème que nous devons régler, et c'est pour cela que nous rédigerons une ordonnance. Les GHT sont au milieu du gué. Ils réunissent un hôpital support et ce qu'on peut appeler des hôpitaux périphériques. Leurs décisions, essentiellement d'ordre administratif, relèvent peu du domaine médical, qui intéresse élus et citoyens. Nous voulons remettre au centre du projet cet aspect médical, sur lequel les élus veulent intervenir.

Puisque nous allons vers l'an II des GHT et vers une gouvernance renouée, nous devons trouver une meilleure articulation entre le comité médical du groupement, une fois qu'il sera constitué – ce sera le cœur médicalisé du GHT –, le comité stratégique, qui est un directoire opérationnel, et le comité territorial des élus locaux, où ceux-ci interviendront. L'ordonnance précisera cette articulation.

Si les élus veulent peser, c'est dans le comité territorial des élus locaux, qui devra être mieux inséré dans la gouvernance générale. Voilà ce qu'il faut fixer par écrit, car les instances existant aujourd'hui, loin de prendre les décisions qui vous intéressent, se prononcent essentiellement sur les supports, en interne, dans ce directoire qu'est le comité stratégique, qui, je l'ai dit, n'a rien de stratégique.

Pour l'instant, nul ne retrouve ses petits, et c'est pourquoi il nous faut rédiger l'ordonnance. Quand ce sera chose faite, je propose que vous disposiez d'un regard critique sur la place qu'auront les élus dans le dispositif que nous aurons prévu.

En attendant, la présence d'élus dans des comités qui ne sont pas les bons n'améliorerait rien. Elle ne permettrait pas de doter les GHT d'une vision stratégique dans le bassin de vie.

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je retire l'amendement n° 682.

(L'amendement n° 682 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. Madame la ministre, vous entendez notre volonté d'être mieux intégrés à la gouvernance. Je souhaite que vous l'entendiez jusqu'au bout. Nous ne pouvons pas nous contenter de siéger au comité territorial des élus locaux, qui n'a qu'un rôle consultatif.

Parce que les élus sont souvent prêts à donner la main à l'État, y compris sur le plan financier, on doit les considérer comme des acteurs à part entière de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire, notamment quand il faut consentir des investissements.

Vous le savez : dans bien des endroits, on a eu besoin des élus, tantôt pour un terrain, tantôt pour réorganiser certaines choses à l'extérieur de l'hôpital. Si vous intégrez cette dimension dans les ordonnances, en offrant aux élus, par respect pour eux, une autre place qu'un siège dans un comité consultatif, je suis prêt à retirer l'amendement n° 372, au moins à titre provisoire. De toute façon, le texte reviendra devant nous. Nous verrons alors ce qu'il en sera.

(L'amendement n° 372 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Paul-André Colombani.

M. Paul-André Colombani. J'appelle votre attention sur une situation concrète. Il y a dans ma circonscription un hôpital à Ajaccio et un petit hôpital à Sartène. Le second se fournissait dans le territoire. Il investissait dans celui-ci quand il achetait par exemple de la nourriture.

Depuis que le GHT existe, les achats sont regroupés et, compte tenu de la procédure de marché public, nous ne pouvons plus procéder comme nous le faisons. Comment résoudre ce problème ?

(Les amendements identiques n°s 1176 et 1441 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 362 de M. Arnaud Viala est retiré.

(L'amendement n° 362 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 1164 et 1629.

La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 1164.

Mme Emmanuelle Ménard. Vous avez créé une commission médicale de groupement, qui sera obligatoire au sein des GHT, et vous décidez de transférer à ceux-ci la gestion des ressources humaines. Cette mutualisation vise à coller davantage à la stratégie établie par la commission médicale de groupement.

En somme, alors que les GHT n'ont que trois ans d'existence et que leur organisation soulève encore des difficultés, vous songez déjà à étendre leurs compétences. Les ARS n'ont pas fourni de rapport d'évaluation et, madame la ministre, vous avez vous-même reconnu en commission que vous ne privilégiez aucune piste pour la gouvernance des GHT, dont des groupes de travail sont en train de définir les contours. On se demande donc sur quels éléments vous vous fondez pour décider de leur transmettre la gestion des ressources humaines, alors que le travail d'élaboration n'est pas achevé.

Les établissements des groupements ont-ils donné leur accord ? Comment cela va-t-il se passer concrètement ? Vu la taille de certains GHT, on se dit qu'il y a de quoi s'inquiéter ou du moins s'interroger.

Dans le Limousin, il n'y a qu'un seul GHT qui rassemble dix-huit établissements. On peut craindre qu'un groupement qui réunit autant d'instances réparties sur une aire aussi vaste soit non seulement dépassé mais aussi déconnecté du terrain. Or les professionnels de santé attendent du concret face à la dégradation de leurs conditions de travail. C'est pourquoi je propose de supprimer les alinéas 9 à 10.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq, pour soutenir l'amendement n° 1629.

M. Jean-Paul Lecoq. Depuis la création des groupements hospitaliers de territoire, l'accès aux soins dans les hôpitaux publics ne cesse de se dégrader. Fermetures de lits, de services et d'hôpitaux résultent des politiques de compression des dépenses et de regroupement qui visent à transformer les hôpitaux en centres de rentabilité et d'efficience.

Cet article aggravera les inégalités d'accès aux soins. En effet, il s'inscrit dans une logique de mutualisation des ressources et des moyens des établissements de santé appartenant au GHT. Au lieu de colmater les brèches d'un système victime des logiques libérales, vous les agrandissez.

Vous renforcez les regroupements hospitaliers de territoire sans avoir tiré de leçon de cette logique de concentration et de centralisation. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie avait pourtant signalé en 2018 l'absence de toute évaluation, malgré des dysfonctionnements importants.

Avec cette mutualisation, les hôpitaux se trouvent en concurrence pour conserver leurs effectifs et leurs moyens techniques. On risque en outre de demander aux agents hospitaliers de se déplacer d'un établissement à un autre en cas de manque de personnel.

Cette politique est inefficace, voire dangereuse. Il est, au contraire, urgent d'accorder aux hôpitaux publics les moyens d'assumer leur mission : prendre soin, soigner. Pour cela, il faut des moyens humains, il faut mettre au cœur la coopération volontaire. C'est la raison pour laquelle les députés communistes demandent la suppression de ces dispositions.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La mise en place d'équipes médicales communes ou de pôles inter-établissements n'est, pour le moment, qu'une compétence facultative des groupements hospitaliers de territoire, mais plusieurs d'entre eux ont déjà mis en place une direction des affaires médicales commune sur leur territoire, à l'image du GHT Rhône-Nord-Beaujolais-Dombes. Cette gestion des ressources humaines médicales est la suite logique de la mise en place d'un projet médical partagé au sein du groupement hospitalier de territoire et du renforcement de la gouvernance médicale de ces groupements par l'instauration des commissions médicales de groupement. Cela permettra d'éviter les concurrences entre établissements parties à un même groupement, en matière de recrutement, d'attractivité ou de rémunération. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Je voudrais souligner l'ambiguïté de la situation. Dans le cadre du rapport sur l'achat dans les hôpitaux publics que je prépare pour la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, MECSS, j'ai rencontré le cas d'un groupement hospitalier de territoire où le service achat avait été restructuré en regroupant tous les responsables des services achat de l'ensemble du GHT. Le nouveau service comptait 121 fonctionnaires, et il a fallu recruter un directeur fraîchement émoulu de l'École des hautes études en santé publique de Rennes pour l'encadrer. Je crains qu'on n'en vienne à faire la même chose pour les ressources humaines. Qui, in fine, prendra la décision ? Le directeur de l'hôpital support ou celui d'un des hôpitaux parties au groupement ?

M. Pascal Brindeau. Ce sera évidemment le directeur de l'établissement support !

M. Jean-Carles Grelier. Qui va recruter, noter, évaluer et, éventuellement, sanctionner ? Aujourd'hui, cet aspect reste un peu flou et ambigu.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Un mot encore de ce que nous avons évoqué en commission. En complément de la mission de la MECSS sur la politique d'achat des hôpitaux, il serait souhaitable que nous évaluions, trois ans après l'entrée en vigueur de la loi du 26 janvier 2016 qui a créé les GHT, la pertinence de leur périmètre. Leur taille diffère du tout au tout, certains se trouvent en situation excentrée. Il convient aussi d'apprécier les résultats obtenus par ces GHT. Cette mission d'évaluation pourrait être conduite par la MECSS.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. J'entends votre proposition, monsieur Door. Vous savez que la MECSS a d'ores et déjà défini ses thèmes de travail pour cette année, mais nous avons ce sujet à l'esprit et sommes conscients de l'importance d'une telle évaluation. Ce sera inmanquablement une de nos propositions pour 2020.

(Les amendements identiques n°s 1164 et 1629 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 566.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

(L'amendement n° 566, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1538.

M. Pascal Brindeau. Cet amendement s'inscrit dans la logique des amendements précédents – j'ai bien l'impression, hélas ! que c'est sans espoir. Il tend à soumettre à l'accord formel des commissions locales d'établissement et des conseils de surveillance des établissements la délégation à l'établissement support de la gestion des ressources humaines, non seulement administratives, mais aussi médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. On sait très bien comment cela se terminera : le directeur du GHT et de l'établissement central prendra la décision.

(L'amendement n° 1538, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1215.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

(L'amendement n° 1215, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Anthony Cellier, pour soutenir l'amendement n° 308.

M. Anthony Cellier. Cet amendement a été déposé par mon collègue Xavier Roseren. L'article 10 prévoit le transfert de la gestion des ressources humaines à l'établissement support du GHT, afin de renforcer localement la coopération entre les professionnels de santé. S'il nous apparaît logique de mutualiser certains aspects de cette compétence, comme la publication des offres d'emploi, il nous semblerait plus cohérent que le recrutement proprement dit demeure de la compétence de l'établissement partie, ce dernier connaissant ses besoins et ses équipes. Aussi cet amendement vise-t-il à préciser que la décision de recrutement reste de la compétence des établissements parties au GHT.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'objet de l'article n'est absolument pas de tout centraliser au niveau du GHT, mais d'harmoniser la gestion des ressources humaines médicales, ce qui permettra, comme je le disais, d'éviter les concurrences entre établissements. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

(L'amendement n° 308 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 210.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

(L'amendement n° 210, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Sur les amendements n°s 1539 et 1540, je suis saisie par le groupe UDI, Agir et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1539.

M. Pascal Brindeau. Depuis le début de nos débats sur l'extension du périmètre d'intervention du GHT, l'argument principal développé par Mme la ministre et M. le rapporteur est qu'il s'agit de favoriser l'émergence de projets partagés à l'échelle du groupement hospitalier de territoire. Pour que ces projets soient partagés, il faut s'assurer du consentement de l'ensemble des instances décisionnelles des établissements composant le GHT. C'est la raison pour laquelle cet amendement vise à s'assurer que l'extension de l'intégration – puisqu'on va au-delà du fonctionnement actuel des GHT –, notamment en matière de financement, s'opère bien avec l'accord formel des établissements membres. Il s'agit d'éviter l'accentuation de la tendance actuelle à la concentration des moyens et des ressources au profit de l'établissement support.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez conditionner le transfert de la gestion des ressources humaines médicales à l'accord des commissions médicales d'établissement de chacun des établissements du groupement. Or cette harmonisation de la gestion des ressources humaines médicales a vocation à développer une vision prospective des postes à l'échelle du territoire du groupement, ce qui permettra d'optimiser la gestion des parcours professionnels des personnels concernés. Nous en avons bien discuté en commission. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau.

M. Pascal Brindeau. Je ne suis pas en désaccord avec les objectifs. Je dis simplement qu'ils doivent être partagés et que nous devons nous assurer que le partage est réel. Or, encore une fois, au regard du fonctionnement actuel des groupements hospitaliers de territoire, on est certain du contraire. Cela se fait actuellement à marche forcée, y compris contre les instances décisionnelles des établissements autres que l'établissement central.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. J'entends que tout ira bien demain. Aujourd'hui, pas nécessairement entre établissements appartenant à un groupement hospitalier de territoire, mais au sein même d'établissements supports, comme le centre hospitalier du Havre, on constate des pratiques en matière de ressources humaines proches de la mise en concurrence entre les services. À la suite de la manifestation des « perchés » – du nom des soignants qui ont occupé, plusieurs jours durant, le toit des urgences de l'hôpital psychiatrique Pierre-Janet –, l'ARS avait ouvert des postes. Plusieurs mois après, on s'est aperçu qu'on avait déshabillé Pierre pour habiller Paul, au sein même de l'établissement. La décision avait été prise à moyens constants, et vous n'aviez accordé aucuns crédits supplémentaires, madame la ministre, pour améliorer les choses.

Je me dis que ce qui peut intervenir à l'échelle d'un établissement risque fort de se produire au niveau d'un groupement. Ce serait une catastrophe, parce qu'on finira par considérer que l'essentiel est d'éviter toute crise dans l'établissement support qui aura la mission de soigner, et on y concentrera les moyens ; on déshabillera les autres établissements. Il est juste d'exprimer cette crainte, aujourd'hui, et il est tout aussi juste de proposer un amendement visant à garantir qu'on n'en arrive pas là. Nous comprenons que les ressources humaines doivent être gérées et organisées, mais l'instauration d'une protection est nécessaire et légitime.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1539.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	41
Nombre de suffrages exprimés	39
Majorité absolue	20
Pour l'adoption	11
contre	28

(L'amendement n° 1539 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert, pour soutenir l'amendement n° 1172.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je retire l'amendement.

(L'amendement n° 1172 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert, pour soutenir l'amendement n° 1250.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je porte cet amendement avec plusieurs de mes collègues, car il nous semble important de favoriser la recherche clinique et l'innovation en dehors aussi des CHU et des gros centres hospitaliers généraux. Monsieur le rapporteur, vous vous souvenez sans doute que nous avons entendu, lors d'une audition, le président du CNCR – Comité national de coordination en recherche clinique –, organisme public qui dirige toute la recherche clinique en France. Ce comité regroupe les présidents des CME des CHU de France. Le CNCR nous a demandé, par la voix de son président, de faciliter l'ouverture de protocoles de recherche au-delà du CHU, au sein d'un GHT.

La loi permet déjà aux établissements de conclure des conventions de recherche, voire des directions de recherche clinique communes. L'amendement que je propose vise à offrir la possibilité d'ouvrir un protocole de recherche clinique à l'ensemble des établissements qui sont en mesure de réaliser celui-ci en toute sécurité. Il tend à élargir le maillage territorial de la recherche et à renforcer l'attractivité des hôpitaux pour les médecins. C'est un véritable levier en ressources humaines pour les GHT. Surtout, c'est un moyen d'offrir un accès à l'innovation à tous les citoyens, ce qui n'est pas le cas pour l'instant, en raison des disparités entre les territoires. Bref, c'est une mesure d'équité territoriale en matière de recherche.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous avons déjà eu ce débat en commission. Mme la ministre et moi-même nous sommes prononcés clairement sur votre amendement visant à mettre en place des « territoires de recherche » en dehors des centres hospitaliers universitaires. Pour les mêmes raisons, je donne un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends tout à fait votre objectif d'associer des centres hospitaliers non universitaires à des activités de recherche. Cela se fait, d'ailleurs, de manière très poussée par certains groupes coopérateurs qui cherchent à inclure des malades souffrant de pathologies très fréquentes.

Aujourd'hui, il est possible d'offrir aux patients pris en charge en dehors des CHU l'accès à l'innovation, dans le cadre des GHT, ceux-ci ayant l'obligation de conclure une convention d'association avec les CHU. L'accès à l'innovation, à des thérapeutiques non validées cliniquement, doit s'opérer, avant tout, dans un cadre sécurisé, afin d'éviter que les patients ne subissent des accidents ou des pertes de chance. La solution que vous proposez, consistant à instituer un guichet unique au sein d'un GHT, est intéressante parce qu'elle simplifierait l'accès des patients à la recherche clinique, mais elle soulève plusieurs questions.

La notion de « territoire de recherche », telle que vous la définissez, est trop large pour apporter aux patients les garanties nécessaires en termes de sécurité. Je vous rappelle que les autorisations de faire de la recherche clinique concernent un lieu et sont délivrées au niveau d'un service d'un établissement de santé. Cette mesure élargirait donc très significativement la responsabilité des investigateurs.

De plus, la définition de territoire de recherche à l'échelle d'un GHT engendre une iniquité de traitement pour tous les établissements de santé non publics – je pense aux centres de lutte contre le cancer et à des hôpitaux privés, qui peuvent s'inscrire dans une démarche de recherche clinique, parce qu'ils traitent les mêmes patients.

Il importe de noter que la convention unique est un dispositif efficace, qui a été généralisé récemment et qui donne satisfaction aux acteurs de la recherche. Une modification majeure engendrerait une instabilité financière et organisationnelle non souhaitable.

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

Mme la présidente. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je vous remercie, madame la ministre, de votre réponse. Peut-être pourrais-je revoir cette proposition avec vos services et le président du CNCR, afin de répondre à son attente de favoriser le maillage territorial. L'idée, au travers de cet amendement, est de créer une vraie dynamique de ressources humaines entre les médecins, via cette notion de territoire de recherche. Avec la recherche, le GHT pourrait être un levier encore plus intéressant dans les territoires. Je retire l'amendement.

Mme Gisèle Biémouret. Il est repris !

(L'amendement n° 1250 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1540.

M. Pascal Brindeau. Il vise à soumettre à l'accord formel des commissions médicales d'établissement et des conseils de surveillance des établissements membres l'ensemble des alinéas 18 à 25, qui étendent l'intégration au sein des GHT et de ses différentes instances.

Mme la présidente. Sur l'article 10, je suis saisie par le groupe de la Gauche démocrate et républicaine d'une demande de scrutin public.

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

Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Les fusions ou les substitutions des instances des établissements d'un GHT n'auront lieu que sur la base du volontariat. Je ne suis pas certain que les commissions médicales d'établissement soient les plus légitimes pour autoriser de tels rapprochements. Les instances concernées me semblent bien plus à même de le faire. J'émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1540.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	45
Nombre de suffrages exprimés	41
Majorité absolue	21
Pour l'adoption	14
contre	27

(L'amendement n° 1540 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 680.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est retiré.

(L'amendement n° 680 est retiré.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 10, tel qu'il a été amendé.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	49
Nombre de suffrages exprimés	45
Majorité absolue	23
Pour l'adoption	32
contre	13

(L'article 10, amendé, est adopté.)

Rappel au règlement

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour un rappel au règlement.

Mme Caroline Fiat. Il reste 558 amendements à examiner. Mme la ministre et tous les députés sur ces bancs ont à cœur d'étudier sérieusement le projet de loi. La semaine dernière, la séance du vendredi soir s'est terminée samedi matin à 6 heures 15. Nous sommes bien partis pour battre ce record.

Je demande à la conférence des présidents de revoir l'ordre du jour de l'Assemblée nationale, afin que l'on puisse examiner tous les articles sans se presser, parce qu'ils sont tous importants.

De telles séances vont peut-être avec le mandat de député, mais le personnel de l'Assemblée nationale, qui a travaillé toute la nuit la semaine dernière, a besoin de se reposer de temps en temps.

Mme la présidente. Votre rappel au règlement est noté, mais nous continuons, pour l'instant, les débats jusqu'au vote du projet de loi, comme la conférence des présidents l'a décidé.

Après l'article 10

Mme la présidente. Nous en venons aux amendements portant article additionnel après l'article 10.

La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n° 1361.

Mme Ericka Bareigts. M. Guillaume Garot est le premier signataire de cet amendement, qui vise à soutenir l'attractivité des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé. Il prévoit la création de « territoires innovation santé » dans les zones sous-dotées, grâce à l'attribution de crédits du fonds d'intervention régional.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous connaissez les efforts du Gouvernement et de la majorité en faveur de la télé-expertise et de la télémédecine.

Les contrats territoriaux de santé peuvent déjà permettre de répondre à ces besoins en innovation. Laissons les territoires choisir leurs priorités, sans tout décider dans la loi ! Avis défavorable.

(L'amendement n° 1361, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 578.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

(L'amendement n° 578, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 527.

M. Gilles Lurton. Il a pour objet de renforcer la médicalisation du projet médical partagé du GHT, en confiant expressément son élaboration aux CME du groupement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La loi dispose déjà que dans chaque groupement, les établissements membres élaborent un projet médical partagé. Vous souhaitez que les CME de chaque établissement construisent ensemble le projet médical du GHT. Pour moi, ce sont bien les établissements qui doivent se mettre autour de la table, et non les seules CME. Or l'adoption de cet amendement mettrait de côté les commissions de soins infirmiers et les différentes commissions des autres professionnels de santé, ce qui n'est pas, je pense, votre volonté. Mon avis est défavorable.

(L'amendement n° 527, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 476.

M. Jean-Pierre Door. Il résume le souhait que j'ai exprimé précédemment de disposer d'un bilan tous les trois ans, donc cette année ou l'année prochaine, sur la mise en œuvre de la convention de groupement. Mon collègue Fabrice Brun en charge l'ARS, quand j'ai défendu tout à l'heure l'idée de le confier à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale – MECSS. Ce n'est pas mon amendement, mais il va dans le même sens que ma proposition.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. À la lumière de nos débats, je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, mon avis serait défavorable.

(L'amendement n° 476, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 840 est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Défavorable.

(L'amendement n° 840 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 1314.

M. Paul Christophe. Alors que l'article 10 du projet de loi rend obligatoire la présence d'une commission médicale de groupement dans chaque GHT, l'amendement propose d'établir des comités ville-hôpital au sein de ces mêmes structures.

Ce dispositif a pour but de faciliter le décloisonnement et la coordination des professionnels de santé exerçant en ville et à l'hôpital auprès de la population d'un même territoire déjà identifié et piloté par un centre hospitalier. Le cloisonnement actuel entre ville et hôpital est incompatible avec la définition de parcours de santé cohérents. La notion même de cohérence implique que les acteurs se retrouvent autour d'un même objet, loin des logiques d'opposition, voire de concurrence.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Le rôle du futur projet territorial de santé est justement de matérialiser le comité ville-hôpital que vous appelez de vos vœux. L'article 7 du projet de loi satisfait votre amendement, que je vous propose de retirer ; à défaut, mon avis serait défavorable.

(L'amendement n° 1314, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Vincent Thiébaud, pour soutenir l'amendement n° 305.

M. Vincent Thiébaud. Le sujet du périmètre des GHT a souvent été évoqué au cours des dernières heures. Au regard des difficultés rencontrées par plusieurs établissements et groupements hospitaliers de territoire, nous proposons de définir les modalités permettant de réajuster des périmètres défaillants. Les raisons pouvant être multiples, une évaluation préalable serait indispensable.

Cette option ne serait possible qu'une seule fois par établissement, afin d'engager ensuite une trajectoire d'intégration approfondie au sein du groupement hospitalier de territoire nouvellement créé ou remodelé. Une convention d'association constituerait un prérequis pour assurer une cohérence ou une transition avec les mutualisations engagées précédemment.

Par ailleurs, et compte tenu du territoire parfois très important couvert par les agences régionales de santé, il convient de susciter l'initiative des acteurs qui, sur un territoire cohérent au regard de la population, peuvent vouloir renforcer de manière plus concrète et plus efficace leur coopération, en y associant d'autres acteurs.

Vous avez parlé de bassins de vie, madame la ministre. Je suis élu en Alsace où je connais un GHT qui fonctionnait très bien. À la suite de la loi de modernisation de notre système de santé, il a été remodelé et rencontre maintenant de nombreuses difficultés. Selon moi, le projet de loi manque de répondre à un problème que nous rencontrons aujourd'hui en omettant de raisonner en bassin de vie non pas simplement français, mais transfrontalier. Nous rencontrons des difficultés pour développer avec nos voisins allemands des logiques de santé qui pourraient bénéficier de la politique de santé de certains établissements de notre territoire.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Les périmètres de certains GHT posent effectivement des difficultés. Je pense, par exemple, à celui du Limousin, pas très loin de chez moi, qui comprend dix-huit établissements, soit l'échelle de l'ancienne grande région.

Pour la constitution des GHT, le choix a été fait, par le législateur de l'époque, de confier la responsabilité aux établissements concernés de proposer la définition du périmètre, et à l'agence régionale de santé, de le valider.

Les conditions de cette procédure sont précisées à l'article R. 6132-6 du code de la santé publique. Les dispositions en vigueur permettent déjà à un groupe d'établissements de se retirer d'un GHT ou de proposer un nouveau découpage à l'Agence régionale de santé. Votre amendement étant satisfait, je vous invite à le retirer.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Vincent Thiébaud.

M. Vincent Thiébaud. Je vous remercie pour vos explications, qui me permettent de remarquer que le périmètre du GHT en question n'a pas été choisi, mais subi. Aujourd'hui, les établissements se voient refuser toute possibilité de le revoir. Alors qu'ils ont défini des orientations et des projets de santé, l'ARS ne leur offre pas la possibilité de modifier ce GHT. Je serais intéressé d'avoir des éléments complémentaires et un engagement de votre part. Dans la négative, je maintiendrais mon amendement, car, sur le terrain, les choses se passent tout à fait autrement.

M. Jean-Paul Lecoq. Vous avez raison !

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je vous propose que nous en discussions en dehors de l'examen de ce texte pour revoir l'application des textes en vigueur. Nous examinerons alors plus précisément votre cas avec le ministère

Mme Émilie Cariou. Nous avons tous le même problème !

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Aujourd'hui, les acteurs locaux peuvent solliciter l'ARS pour modifier le périmètre. La loi le permet sans qu'il soit nécessaire de la modifier.

Mme la présidente. La parole est à M. Vincent Thiébaud.

M. Vincent Thiébaud. Si c'est le cas, ne légiférons pas pour rien. Je retire mon amendement par bienveillance, mais soyez assurée, madame la ministre, que je reviendrai très vite vers vous à ce propos.

(L'amendement n° 305 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 1351 et 1668.

La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 1351.

M. Jean-Louis Touraine. La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail proposait d'intégrer systématiquement, dans la partie relative au projet social, un volet consacré à la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels. Cet amendement tend, par conséquent, à inscrire ce principe dans la loi pour que l'amélioration de la qualité de vie au travail soit au centre des priorités stratégiques de chaque établissement. Il en résultera une amélioration des conditions de travail des personnels, une diminution des souffrances, en particulier du burn out, davantage de reconnaissance professionnelle et, bien sûr, une meilleure prise en charge des patients.

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1668.

Mme Gisèle Biémouret. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La commission a rejeté ces amendements mais j'y suis favorable à titre personnel, en raison de l'enjeu majeur que représente la qualité des conditions de travail des personnels hospitaliers.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

(Les amendements identiques n° 1351 et 1668 sont adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 1342.

M. Jean-Louis Touraine. La représentation des usagers du système de santé dans la gouvernance interne des établissements est l'un des axes de travail prioritaire selon de très nombreux acteurs. Dans le rapport « Changer la vie à l'hôpital », le « Groupe des 26 », piloté par Philippe Denormandie et Jérémie Secher prône une meilleure intégration des associations représentant les patients dans le management du système de santé et des établissements.

Cet amendement vise à associer plus systématiquement les associations d'usagers du système de santé à la définition du projet médical et à la préparation du projet d'établissement, missions dévolues au directoire de chaque établissement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous en avons discuté en commission. La loi prévoit déjà que la commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement, pour ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et le droit des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. C'est l'article L. 1112-3 du code de la santé publique.

Votre amendement étant satisfait, j'y suis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(L'amendement n° 1342 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 942 rectifié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Défendu !

(L'amendement n° 942 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Article 10 bis

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 2064 et 2066.

La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs, pour soutenir l'amendement n° 2064.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 2066.

Mme Gisèle Biémouret. La fusion d'établissements pourrait entraîner la suppression des commissions d'usagers dans certains établissements. Cet amendement tend à ce qu'elles soient maintenues.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Ces amendements sont satisfaits par l'article 10 bis, adopté en commission des affaires sociales, qui va d'ailleurs plus loin puisqu'il impose le maintien de ces commissions. Je vous invite à retirer l'amendement.

(Les amendements identiques n° 2064 et 2066 sont retirés.)

(L'article 10 bis est adopté.)

Après l'article 10 bis

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 1027 rectifié et 1477 rectifié, portant article additionnel après l'article 10 bis.

L'amendement n° 1027 est défendu par Mme Michèle de Vaucouleurs.

L'amendement n° 1477 rectifié est défendu par Mme Gisèle Biémouret.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je vous invite à retirer ces amendements, qui sont satisfaits, sinon avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(Les amendements identiques n° 1027 rectifié et 1477 rectifié sont retirés.)

Article 10 ter

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement de cohérence n° 2052.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement tend à élargir aux sénateurs l'intégration des parlementaires en tant que membres avec voix consultative au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé, et à assurer la cohérence des dispositions. En commission des affaires sociales, suite à l'adoption de l'article 10 ter, j'ai entendu la demande légitime des députés de bénéficier d'une voix consultative au sein des conseils de surveillance des hôpitaux publics, afin de leur permettre de développer leur mission d'évaluation des politiques publiques et de mieux appréhender les problématiques de santé dans les hôpitaux du territoire.

Je souscris pleinement à ces objectifs portés par les parlementaires et je souhaite aller plus loin par cet amendement, qui tend à étendre cette faculté aux sénateurs. Cet acte fort démontre l'importance que j'attache à l'implication des élus de la nation dans les enjeux de santé du territoire.

Cet amendement tend donc à intégrer les sénateurs en précisant que la représentation est assurée par un député et un sénateur, garantissant ainsi l'équilibre des représentations entre les différentes catégories de membres du conseil de surveillance – les personnels de l'établissement, les usagers et autres personnalités qualifiées ainsi que des représentants des collectivités territoriales.

Il tend également à clarifier les modalités d'application de cette mesure en introduisant la notion d'établissement principal. Le député et le sénateur membres seront ceux dont la circonscription d'élection est celle du siège de l'établissement principal. Ce critère d'application est simple, déjà en cours dans les dispositions relatives à la composition des conseils de surveillance qui permet notamment de déterminer quelles communes et quels EPCI peuvent avoir des représentants.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Favorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. C'est un très bon amendement qui fait suite à celui adopté en commission des affaires sociales à l'initiative de Rémi Delatte et que j'avais eu l'honneur de présenter. En effet, il aurait été injuste d'exclure les sénateurs de cette représentation.

Cependant, un point m'inquiète quelque peu. Le périmètre d'un établissement hospitalier peut couvrir plusieurs circonscriptions et relever ainsi de différents députés ou sénateurs. Ainsi, le CHU de Rennes ressortit à quatre circonscriptions parlementaires. Quel député et quel sénateur seront alors choisis ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous nous sommes demandé combien de députés et de sénateurs pourraient siéger, sachant qu'il est impossible de tous les choisir car le dispositif en serait déséquilibré. Nous avons décidé de retenir le député ou le sénateur dont la circonscription comprend le siège de l'établissement principal, ce qui limite le choix à un député et un sénateur.

M. Jean-Carles Grelier. La circonscription du sénateur est le département !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Merci pour cette mesure, madame la ministre, qui rattrape les conséquences de la loi contre le cumul des mandats des députés et des sénateurs. Depuis cette loi, en effet, nous ne pouvions plus siéger dans les conseils de surveillance et nous étions totalement oubliés !

Par ailleurs, le député représente tous les citoyens tandis que le sénateur représente les élus. L'ensemble est donc équilibré et nous voterons cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. J'ai bien compris que je ne serai pas membre de ce conseil puisqu'Agnès Firmin Le Bodo est élue de la circonscription où est établi le bureau du directeur – c'est bien ce qui compte dans le cas d'un hôpital multisites.

En revanche, je ne saisis pas bien le mode de désignation du sénateur. En Seine-Maritime, les sénateurs n'ont pas de circonscription. Lequel des huit ou dix sénateurs sera choisi, selon quelle procédure ? Par tirage au sort ? En fonction de l'adresse ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. En effet, nous avons remarqué cette difficulté. Par cet amendement, nous avons voulu affirmer notre souhait d'équilibrer la représentation entre les deux chambres. Nous laisserons aux sénateurs le soin d'amender cette disposition et de trouver le mode de représentation qui leur convient. L'urgence était de témoigner de l'attention que le Gouvernement porte à la représentativité des deux chambres.

M. Gilles Lurton. Très bien !

M. Jean-Carles Grelier. Je remarque, au risque d'être d'impertinent, que, dans le contexte politique actuel, le Sénat appréciera le geste grâce auquel les sénateurs seront surreprésentés par rapport aux députés dans les conseils de surveillance.

(L'amendement n° 2052 est adopté.)

(L'article 10 ter, amendé, est adopté.)

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

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

Mme la présidente. La séance est reprise.

Article 11

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Je tiens à saluer l'initiative du rapporteur qui, par voie d'amendement, a intégré une nouvelle disposition visant à donner au groupement d'intérêt public – GIP – une mission d'information du public.

Il est, en effet, indispensable que l'on s'assure que toutes les populations, notamment les plus vulnérables, connaissent leurs droits quant à l'utilisation et la protection de leurs données personnelles de santé. Il faut pouvoir en assurer la pleine maîtrise aux Français. Ceux-ci doivent être avisés de toutes les potentialités d'utilisation de leurs données personnelles, qui sont des données sensibles.

L'audition publique sur le thème « Intelligence artificielle et données de santé », organisée à l'Assemblée nationale, le 21 février dernier, par l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, a souligné combien une structure et une gouvernance agiles étaient déterminantes pour assurer le succès de la plateforme des données de santé, que l'article 11 du projet de loi propose de substituer à l'Institut national des données de santé – INDS.

Nous pouvons aujourd'hui choisir, pour la gestion de la plateforme de santé, entre un groupement d'intérêt public et une société par actions simplifiée – SAS –, cette possibilité ayant été introduite par voie d'amendement. La grande souplesse de fonctionnement propre aux SAS favoriserait une exploitation plus aisée des données, et permettrait à la France d'être compétitive dans ce domaine.

Si une telle structure présente des avantages indéniables, il n'est possible d'opter pour cette forme de gouvernance qu'à la condition expresse que soient préservées les garanties sur l'usage des données de santé, et que soient ainsi pleinement conciliés les enjeux de performance et de sécurité. Compte tenu de l'importance des enjeux, je souhaite qu'à l'issue de nos débats, nous puissions adopter la proposition la plus adaptée. *(Mme Justine Benin applaudit.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. Sur le principe, nous pourrions être plutôt favorables à la création d'une nouvelle plateforme des données de santé, pour remplacer l'actuel INDS. Ce nouveau dispositif ambitionne de restructurer une base de données volumineuses – 1,2 milliard de feuilles de soins, 500 millions d'actes médicaux –, mais aussi excessivement dispersées entre les hôpitaux, les cliniques et autres laboratoires de biologie médicale. L'objectif annoncé est de contribuer à la recherche et à l'innovation en matière de santé. Soit.

Il se combine toutefois à des préoccupations contemporaines plus globales, telles que l'intelligence artificielle – j'ai vu Cédric Villani tout à l'heure – ou la bioéthique. Ces sujets méritent que l'on en discute avec la plus grande attention.

La question de l'emprise de la technique et de la science sur le vivant, particulièrement en matière de santé, fait écho aux croyances et à la philosophie propres à chacun dans cet hémicycle. Notre crainte principale est liée à la création d'un nouveau marché des données de santé, qui pourrait profiter essentiellement aux grandes multinationales du numérique, moyennant la monétisation de ces données. Nous craignons également que cette base de données publique, financée par l'État, soit gratuitement mise à la disposition des géants du numérique, dits GAFA. Pire, si elle n'est pas extrêmement protégée, elle pourrait être une cible pour la cybercriminalité.

C'est pourquoi nous proposerons des amendements visant à encadrer la composition du groupement d'intérêt public qui pilotera la plateforme des données de santé.

Un amendement du Gouvernement prévoit également que cette plateforme pourra financer des projets, sans plus de précision. C'est inquiétant ! Quels sont les garde-fous envisagés pour éviter une marchandisation des données de santé ? Pouvez-vous, madame la ministre, nous garantir que l'intérêt général primera en toutes circonstances ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard.

Mme Emmanuelle Ménard. Régulièrement, dans la presse, on s'inquiète de la protection des données personnelles. Un an après le scandale Cambridge Analytica, qui nous a permis de découvrir que Facebook partageait massivement les données personnelles de ses utilisateurs, nous sommes en droit d'insister sur le fait que les données médicales sont d'abord les données des patients.

J'entends que la création d'une plateforme des données de santé puisse être une bonne idée pour améliorer les soins et faire avancer l'intelligence artificielle, comme certains le souhaitent au nom d'une forme de progrès. Plus précisément, il s'agit de relier les données de santé issues d'actes médicaux remboursés avec des données cliniques comme celles issues des hôpitaux, des cliniques, des instituts de recherche ou des laboratoires de biologie, par exemple. Autant dire que ce sera une vraie mine d'informations !

Si cette plateforme tombe entre de mauvaises mains, les conséquences pourront être graves. Je pense ici à la question centrale de la protection de la vie privée, confrontée à la demande de fluidité et de rapidité dans la transmission des informations médicales. Bien que l'on nous assure que tout est sous contrôle, le risque zéro n'existe pas, comme l'actualité l'a suffisamment démontré ces derniers mois. C'est pourquoi l'utilisation de cette plateforme ne devrait pas être obligatoire : seul le patient devrait avoir le droit de transmettre les informations qui lui sont attachées. Il serait plus sage de rappeler, dans un premier temps, que l'accord du patient est fondamental, quitte à généraliser le système par la suite, lorsqu'il aura fait ses preuves. Toute transmission d'informations personnelles, a fortiori médicales, ne doit se faire sans l'accord du patient.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1290 tendant à supprimer l'article.

Mme Caroline Fiat. Les géants du numérique et des assurances lorgnent sur les données de santé – ce n'est un secret pour personne. Les projets de Google visant à élaborer un profil sain standard et les manœuvres de Facebook sont désormais connus. Avec moins d'éclat que n'en avait suscité le scandale Cambridge Analytica, nous avons appris en avril 2018 que Facebook avait commencé à contacter des hôpitaux dans le but de collecter les données de santé de leurs patients, l'intention étant de proposer à ces derniers des soins personnalisés, adaptés à leur situation, mais surtout rentables. De son côté, Axa incite désormais ses assurés à faire du sport. C'est une bonne chose, mais les mille premiers clients ont reçu en cadeau un bracelet Pulse, tracker d'activité. Une assurance qui, sous prétexte de prendre soin de ses clients, recueille des données de santé, cela n'a l'air d'inquiéter personne ! Ces initiatives sont des ballons d'essais qui traduisent l'engouement des grands groupes privés pour les données de santé, mais elles se sont heurtées à notre législation protectrice en la matière.

Or l'article 11 libéralise considérablement la gestion des données de santé de l'assurance maladie. Il met en place la plateforme nationale des données de santé, qui devient un véritable prestataire d'exploitation de ces données, pour le compte de tiers et non plus seulement à des fins de recherche. Surtout, il réécrit les missions de la plateforme en la dédiant uniquement à la promotion de « l'innovation dans l'utilisation des données de santé ». Le mot « innovation » est un terme fourre-tout. Qu'en est-il de la sécurité de la santé publique ?

Nous nous élevons contre cette évolution, qui rendra possible l'extension de la surveillance généralisée des individus par les géants du numérique ou encore la prise en compte excessive, par les banques et les assurances, de l'état de santé des individus. C'est pourquoi nous demandons la suppression de l'article 11.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'article 11 vise justement à mettre en place le Health Data Hub, la plateforme de données de santé qui est l'un des pivots de la stratégie française d'intelligence artificielle. Nous en avons discuté très longuement en commission, et je souhaite que nous continuions ce débat en examinant les amendements suivants. Je donne donc un avis défavorable à cet amendement de suppression.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je souhaite rassurer complètement les membres de cette assemblée, notamment Mme Fiat qui demande la suppression de l'article 11 : la préservation d'un haut niveau de protection de la vie privée est au cœur de cet article.

Par la création du Health Data Hub, qui est une plateforme de données de santé, nous allons contribuer à l'amélioration de la sécurité de ces données en mettant en place une infrastructure sécurisée et en évitant leur dissémination. Je rappelle que ces données de santé sont aujourd'hui dispersées entre des hôpitaux, des centres de soins, des centres de recherche et l'assurance maladie.

Par cet article, nous souhaitons également créer un comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé, dont l'indépendance a été renforcée par les amendements adoptés en commission. Ce comité donnera un avis objectif sur le caractère d'intérêt

public des études menées, tout en laissant la décision finale à la Commission nationale de l'informatique et des libertés – CNIL –, qui est une autorité indépendante.

En supprimant le dispositif de correspondance permettant la réidentification des personnes à partir des données du SNDS, le système national des données de santé, l'article 11 consolide les garanties d'application du principe de non-identification des personnes. Cet article maintient également les autres garanties de sécurité du SNDS, à savoir l'exigence d'une finalité d'intérêt public, la définition par arrêté d'un référentiel de sécurité très strict, et l'interdiction de finalités telles que la promotion commerciale pour des produits de santé ou la sélection de risques pour les assurances. Nous maintenons enfin la réalisation d'audits réguliers par un comité dédié.

L'article 11 élargit les possibilités d'accès aux données du SNDS à l'ensemble des traitements d'intérêt public. En effet, l'exigence d'une finalité précise de recherche, d'étude ou d'évaluation constitue un frein pour certains travaux sans apporter aucune garantie supplémentaire, dans la mesure où les finalités du SNDS sont déjà limitées par la loi. Cette exigence empêchait la constitution de bases de données pérennes associant les données du SNDS à des données sociales ou environnementales; elle obligeait chaque équipe de recherche à créer des bases au cas par cas. Au-delà de la perte de ressources liée à l'absence de mutualisation, cette interdiction conduisait à la multiplication de sous-bases, et donc à la dissémination des données. Enfin, cette disposition était en contradiction avec les opportunités promises par l'intelligence artificielle et la data-science, lesquelles nous apporteront de nouvelles connaissances grâce à l'utilisation d'algorithmes qui, par définition, peuvent faire des recherches et des liens entre différents événements de parcours de soins sans a priori, donc sans finalité de recherche.

L'article 11 propose donc un équilibre entre des usages innovants et efficaces des données de santé en vue d'améliorer nos connaissances, d'une part, et la protection de la vie privée, d'autre part. Cet équilibre a d'ailleurs été salué par le Conseil d'État, qui a considéré que le projet de loi ne méconnaissait « aucune exigence de valeur constitutionnelle ou conventionnelle dès lors que le SNDS apporte des garanties suffisantes pour l'utilisation des données auxquelles il donne accès. » Je donne donc un avis défavorable à cet amendement de suppression.

Mme la présidente. La parole est à Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Le Health Data Hub concrétise notre ambition numérique, notre volonté de nous saisir des opportunités offertes par l'intelligence artificielle au service d'une médecine préventive, prédictive, personnalisée et partagée.

Vous avez raison, madame Fiat, il existe des comportements malveillants, des utilisations de données malveillantes. Justement, le Health Data Hub répond à vos peurs, à vos craintes par rapport à ces risques. Nous allons créer une plateforme de données de santé sécurisée et contrôlée. Il s'agit d'une véritable opportunité pour l'utilisation de nos données sanitaires et cliniques, ainsi que d'une réponse apportée aux concurrences malveillantes.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. Pour avoir travaillé une partie de ma vie sur les questions liées aux risques, je sais que, dans de nombreux domaines, le risque zéro n'existe pas. Or vous

voulez nous démontrer que le risque zéro existe. Les militaires seront contents d'apprendre qu'il existe des protections efficaces à 100 % – je crois que nous débattons bientôt de ces questions dans notre hémicycle... Vous nous garantissez que jamais, au grand jamais, ni la cybercriminalité, ni un État, ni un individu, ni une société multinationale ne pourra pénétrer ce dispositif. Je n'en crois pas un mot, mais peut-être êtes-vous capable de le démontrer scientifiquement...

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Comme l'a dit notre collègue Jean-Paul Lecoq, le risque zéro n'existe pas. Or nous ne parlons pas de données basiques relatives à l'âge des personnes ou à leur situation familiale – qui n'en demeurent pas moins des données privées –, mais de données relatives à leur santé! Nous savons très bien que beaucoup d'organismes et de sociétés privées ne rêvent que d'une chose, c'est d'avoir la mainmise sur ces données de santé. À l'heure actuelle, je le répète, le risque zéro n'existe pas – nous avons récemment appris que des hackers avaient encore réussi à entrer dans des messageries électroniques. Les données de santé sont très importantes: elles doivent rester du domaine du privé. C'est pourquoi nous demandons la suppression de l'article 11.

(L'amendement n° 1290 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 609.

M. Jean-Pierre Door. C'est une bonne chose que de favoriser l'innovation en matière de santé. Il faudra bien que nous vivions avec le numérique, qui sera notre partenaire dans le domaine de la santé comme dans beaucoup d'autres domaines – nous devons même nous y adapter dès maintenant.

En revanche, le partage des données ne sera évidemment efficace que si les systèmes sont interopérables. En d'autres termes, l'interopérabilité est absolument nécessaire, tant dans le monde hospitalier que dans le monde des professionnels de santé. Or elle n'est toujours pas une réalité. L'amendement n° 609 vise donc à prendre en compte cet élément technique majeur dans l'organisation du système national des données de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'interopérabilité des systèmes d'information ne figure pas au titre des missions des agences régionales de santé. Il faut d'abord s'assurer que l'interopérabilité puisse se faire au sein des structures, par exemple dans les groupements hospitaliers de territoire, avec et entre les différents établissements.

L'objet de l'article 11 n'est pas non plus de mettre en place une interopérabilité qui est déjà difficile à assurer au sein même des hôpitaux, dans les cabinets de ville et entre les professions de santé. Par contre, il est nécessaire que les logiciels de saisie proposent des interfaces permettant de remplir les bonnes informations, les informations les plus utiles afin de faciliter les recherches. L'enjeu premier n'est donc pas l'interopérabilité, mais plutôt la standardisation des métadonnées qui faciliteront l'exploitation des traitements par la suite. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. J'ai écouté avec beaucoup d'attention notre rapporteur nous parler des données indispensables. Si l'on introduit dans la même base de données le nom du patient, son prénom, son adresse, son numéro de sécurité sociale et toutes les données historiques sur sa santé, autrement dit si l'on construit une banque de données complète, le risque est réel ! Si l'on introduit les seuls actes médicaux sans identifier la personne qui les a reçus, à des fins de recherche, on est dans une zone un peu plus protégée puisqu'on ne peut pas remonter jusqu'au patient. C'est tous ces petits éléments qui sont essentiels et qu'il nous faut maîtriser dans cette banque de données.

(L'amendement n° 609 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 610.

M. Jean-Pierre Door. Il faut absolument maintenir les garanties relatives au droit au respect de la vie privée, en particulier pour les personnes hospitalisées. Dans le monde hospitalier, en effet, les données partent très vite – ce qui est logique, puisqu'il faut d'abord les utiliser pour travailler, puis les transférer au médecin traitant ou à d'autres acteurs de la santé. Nous souhaitons donc que soient rendues anonymes les données des personnes concernées, si elles l'ont demandé en signant un document en ce sens, en conformité avec les exigences de la CNIL.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Monsieur Door, votre amendement me semble satisfait. D'abord, comme le rappelle d'ailleurs l'exposé sommaire, l'article L. 1435-6 du code de la santé publique prévoit déjà les garanties relatives au droit au respect de la vie privée des personnes. Ensuite, l'article L. 1461-6 du même code dispose que le régime juridique de ces données qui alimentent le SNDS est soumis aux mêmes règles que la mise à disposition des données du système national de données de santé, notamment en termes de sécurité et de transparence, ainsi que pour ce qui est des finalités interdites. Je demande donc le retrait de l'amendement, à défaut de quoi j'émets un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est défavorable. Il me semble cependant qu'il y ait un problème de compréhension. D'abord, le système que nous proposons ici est probablement le plus sécurisé et le plus anonyme qu'il soit possible d'obtenir : il n'y a aucun moyen de retrouver l'identité des personnes. Ce niveau de sécurité est encore supérieur à celui des systèmes qui existent aujourd'hui pour la base de données de l'assurance-maladie. Nous montons donc encore d'un cran : en supprimant le tiers de confiance, on ne peut plus jamais croiser les données avec une personne existante. Tel est en effet l'objectif de la suppression du tiers de confiance, dont vous pourriez croire qu'elle serait de nature à réduire la sécurité, mais qui au contraire fait passer celle-ci à un niveau supérieur.

Ensuite, monsieur Door, les ARS n'interviennent pas dans ce système. L'interopérabilité est assurée par l'ASIP santé, l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé, et tout est centralisé au niveau du GIP – groupement d'intérêt public – que nous allons créer. Nous allons en fait rassembler en réseau les données issues de la plateforme des

données de santé de l'assurance-maladie, celles provenant des entrepôts de données des hôpitaux ou encore, par exemple, celles résultant des essais cliniques effectués dans les unités de recherche – plus généralement, toutes les données de santé correspondant à des actes qui sont, d'une façon ou d'une autre, remboursées par la solidarité nationale.

Je le répète, les ARS ne sont aucunement impliquées dans le processus.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Les ARS ne sont pas seules en cause : il faut compter aussi avec les caisses primaires d'assurance-maladie et tout un ensemble d'organismes susceptibles de recevoir de telles données. Or ces données de santé peuvent à tout moment sortir du cycle normal dans lequel nous souhaitons les placer.

L'anonymat me paraît logique dès lors que la personne hospitalisée demande le respect de sa vie privée. Elle peut ne pas souhaiter que sa présence soit divulguée.

Par ailleurs, l'interopérabilité globale rencontre encore des difficultés, comme nous l'avions constaté voilà quelques années en élaborant un rapport sur le DMP, le dossier médical partagé. Je tenais donc à formuler cette mise en garde. Quant à retirer l'amendement que j'ai défendu, je ne peux pas le faire, puisqu'il a été déposé par M. Hetzel.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Les données sont les ressources du numérique et c'est à partir d'elles que se crée de la valeur ajoutée dans le secteur, ce qui en fait un trésor considérable. Il est donc absolument essentiel – et j'ai bien entendu les propos de Mme la ministre à cet égard – que les données de santé ne puissent pas entrer dans des logiques de marchandisation. Il est également essentiel, puisque ces données ont un caractère personnel, qu'elles ne puissent pas être divulguées.

En revanche, et sans même parler de médecine prédictive, il y a là un gisement très important pour développer une politique de prévention plus aboutie, ce qui est essentiel, notamment dans le domaine de la santé au travail, sujet qui me tient à cœur et qui me semble aujourd'hui trop négligé. Pour citer l'exemple du territoire dont je suis élu, une démarche avait été entreprise dans le golfe de Fos pour cartographier les postes de travail à risques à partir de certaines données, notamment pour les maladies professionnelles reconnues. Il y a là un travail essentiel à faire, qui passe peut-être aussi par la publication de données, pour nous donner les moyens de faire face à certains enjeux.

Cela suppose que la gouvernance de cet organisme soit assez solide et que nous élevions le niveau de l'intervention publique en la matière. Les données peuvent donc être un outil très intéressant, mais nous devons être très vigilants sur leur possible utilisation.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Madame la ministre, votre réponse est, sur certains points, rassurante. Nous parlons toutefois de données de santé et, en tant que médecin, vous allez vite comprendre ma question : quid du droit à l'oubli ? En la matière, il est déjà difficile, en effet, de satisfaire la demande des patients sans dossier numérisé. Or, il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée numérique qui soit totalement sécurisée. Il est certes important que les données soient

totalement anonymes, mais il faut se souvenir que beaucoup de gens souhaitent pouvoir en disposer. Je le répète : le droit à l'oubli étant déjà très compliqué à respecter avec des dossiers papiers, je ne sais pas comment on pourra le garantir avec des données numérisées.

(L'amendement n° 610 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 647 rectifié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Cet amendement tend à faire en sorte que les établissements publics de santé et les professionnels de santé impliqués dans des projets de recherche puissent, dans des conditions garantissant l'absence d'identification directe ou indirecte des personnes, avoir expressément accès aux plateformes de données de santé, agrégées notamment dans les espaces numériques de santé et les entrepôts de données de santé, et que soit prévue à cet effet une modification de l'article L. 1460-1 du code de la santé publique.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Comme nous l'avions évoqué en commission, cette précision ne me semble pas utile, puisque les données du SNDS sont déjà accessibles à l'ensemble des acteurs, à condition qu'ils se conforment aux règles d'accès. Avis défavorable, donc.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'amendement est déjà satisfait. Je propose donc son retrait, à défaut de quoi j'émettrai un avis défavorable.

Mme la présidente. Madame Firmin Le Bodo, retirez-vous l'amendement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Oui, madame la présidente.

(L'amendement n° 647 rectifié est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 27 et 640.

La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 27.

Mme Geneviève Levy. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 640.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'article 11 prévoit d'ouvrir l'accès aux données de santé aux professionnels de santé, dans la mesure où le système national des données de santé sera enrichi de l'ensemble des données collectées lors des actes pris en charge par l'assurance maladie. Nous demandons que les organisations syndicales et leurs représentants puissent y avoir accès également. L'amendement tend donc à compléter l'alinéa 4 par les mots : « et leurs représentants ».

(Les amendements identiques n° 27 et 640, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1295.

Mme Caroline Fiat. Au vu de ce qui est en jeu et de la concentration des données de santé induite par ce projet de loi, il nous semble nécessaire de conserver le critère restrei-

gnant le traitement des données de santé à des fins de recherche, d'étude et d'évaluation, ce qui est déjà largement suffisant.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Il existe toujours une base légale pour les recherches et les études portant sur le traitement des données de santé. Il faut d'abord qu'elles présentent un intérêt public, ce que devra apprécier le nouveau comité d'éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé. La composition de ce comité a d'ailleurs fait l'objet d'un amendement adopté à mon initiative par la commission afin d'en assurer la diversité et de prévenir les conflits d'intérêts.

Il faut ensuite que ces recherches correspondent à l'une des finalités du système national des données de santé.

Enfin, comme je l'ai déjà dit en commission, le traitement des données à des fins commerciales n'est pas un gros mot si l'objectif est bien de rechercher l'amélioration de la prise en charge des patients, par exemple au moyen de dispositifs médicaux numérisés. C'est le cas des essais cliniques pour les médicaments et les dispositifs médicaux. L'appariement des données cliniques aux données médico-administratives permettra d'accroître sensiblement notre connaissance. Avis défavorable, donc.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il importe de bien comprendre ce que l'on sous-entend par cet article, qui vise véritablement à améliorer l'intérêt public de la constitution de ces bases de données. Il n'y a pas dégradation de la sécurité, mais bien plutôt augmentation de celle-ci. Aujourd'hui, en effet, chaque fois qu'un chercheur procède à une recherche, il constitue une base de données et des bases très nombreuses sont ainsi réparties dans différents ordinateurs.

Nous proposons, avec cet article, de permettre la constitution de bases de données pérennes. L'Institut national du cancer pourrait ainsi récupérer toute la base de données des patients atteints de cancers en France, afin de procéder à différentes études et évaluations. Cela pourrait concerner aussi bien la recherche pure que l'observation et les publications. Alors que de telles actions supposent aujourd'hui, à chaque fois, le dépôt d'un projet faisant état d'une finalité, il n'y aurait plus, au contraire, qu'une seule base de données, située en un seul endroit, pérenne et sécurisée. On pourra ainsi étendre le champ d'utilisation de ces données, mais exclusivement pour des projets d'intérêt public.

Avis défavorable.

(L'amendement n° 1295 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 611.

M. Jean-Pierre Door. Les usagers du système de soins, les professionnels de santé et les établissements de santé agissent tous dans le respect du secret médical et de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Dire que l'utilisation des données de santé doit être organisée et sécurisée paraît donc être une simple évidence, mais il est toujours mieux de l'écrire.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Monsieur Door, les ajouts que vous proposez sont redondants avec le deuxième alinéa de l'article L. 1460-1 du code de la santé, qui dispose que les citoyens, les usagers du système de santé, les professionnels de santé, les établissements de santé et leurs organisations représentatives ont accès aux données dans les conditions définies par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

J'ajoute que j'ai déposé un amendement, adopté par la commission, visant à préciser que le GIP « Plateforme des données de santé » est chargé d'une mission d'information sur les droits des patients. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Deux choses. Tout d'abord, monsieur le rapporteur, je m'interroge sur le fait que, comme vous l'avez évoqué tout à l'heure à propos des dispositifs médicaux connectés, les données pourraient être utilisées à des fins commerciales. En effet, que les fabricants et les opérateurs puissent utiliser les données qu'ils produisent eux-mêmes est une chose, mais qu'ils puissent utiliser celles que contiendra cette plateforme en est une autre. Je ne sais pas comment cela va s'articuler, mais je suis très interrogatif quant aux explications que vous venez de donner.

Par ailleurs, madame le ministre, vous venez d'évoquer les données relatives au cancer. Il s'agit d'un sujet majeur. Pouvez-vous nous indiquer comment cette plateforme de données pourrait être utile pour faire avancer la constitution de registres ? En effet, les registres de cancer ne couvrent pas tout le territoire national, alors qu'ils devraient le faire. D'autres registres encore mériteraient sans doute d'être pris en compte. Nous devons avancer dans cette voie.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous constituons aujourd'hui une grande base de données en réseau rassemblant toutes les données de santé financées par la sécurité sociale ou par de l'argent public, par exemple dans le cadre d'un projet de recherche. En revanche, les données collectées par les objets connectés et issues des études privées ne sont pas incluses dans le SNDS. D'ailleurs, les données de votre montre connectée, si vous en avez une, partent aux Philippines.

M. Pierre Dharréville. Elle est en panne ! (*Sourires.*)

Mme Agnès Buzyn, ministre. Quoi qu'il en soit, le SNDS ne concerne que les données publiques financées par nos impôts et nos cotisations. Par ailleurs, un certain nombre d'acteurs seront autorisés à utiliser cette base de données, dont je rappelle qu'elle est complètement anonymisée avec impossibilité de retour en arrière, c'est-à-dire qu'il ne sera jamais possible de remonter jusqu'au patient.

Imaginons un acteur privé souhaitant développer un algorithme pour mieux prendre en charge le diabète. Un tel enjeu correspond aux finalités du SNDS. Si le comité éthique et scientifique estime, en fonction de critères éthiques, déontologiques et scientifiques, que le projet justifie l'accès aux données de santé, une partie de la base pourra alors être mise à disposition...

M. Pierre Dharréville. Ou achetée !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Non, pas achetée : mise à disposition.

Permettez-moi d'élargir la perspective. Le problème, aujourd'hui, c'est qu'en matière d'intelligence artificielle, les algorithmes émanent essentiellement d'acteurs d'autres pays, notamment des États-Unis, et sont fondés sur des données provenant d'autres pays et dont nous ne connaissons pas la qualité. Nous avons donc beaucoup de mal à évaluer la qualité des algorithmes aujourd'hui vendus aux Français car ils ne sont pas élaborés dans le cadre de notre système de santé et ne tiennent pas compte de la façon dont nous traitons les malades et de notre population. Nous avons besoin de développer nos propres outils et nos propres algorithmes.

Beaucoup viendront de la recherche publique. Mais les données du SNDS pourront également être mises à disposition d'acteurs privés, après avis du comité éthique et scientifique et à condition que la finalité de leur projet soit conforme à celles prévues par le projet de loi. J'espère avoir répondu à votre question.

(L'amendement n° 611 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1299.

Mme Caroline Fiat. Je défendrai en même temps les amendements suivants n°s 1297, 1300 et 1298. Au vu des périls environnementaux pesant sur la santé publique et qui sont une des causes possibles de la multiplication des cas de malformation congénitale, nous devons inclure dans les missions de la plateforme de données de santé le traitement des données issues de l'unification des registres régionaux comme le REMERA – registre des malformations en Rhône-Alpes. Tel est le sens de cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Votre intention est satisfaite par le texte puisqu'il s'agit de données relatives à la prise en charge au titre de l'assurance maladie. Je vous propose donc de retirer vos amendements ; à défaut, avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vos amendements sont totalement satisfaisants. Dès lors qu'un registre est financé par de l'argent public – c'est le cas de ce registre des malformations ainsi que de tous les registres régionaux, qui sont d'ailleurs souvent situés dans les hôpitaux –, il a vocation à intégrer le SNDS. Par principe, toute donnée de santé financée par de l'argent public est mise en réseau de façon à permettre une utilisation améliorée. Nous savons en effet que, dans les *big data*, plus les bases de données sont importantes, plus elles sont intéressantes techniquement à exploiter. Concernant l'environnement, la difficulté aujourd'hui tient à la petite taille des registres : il est très difficile de mettre en évidence un agent environnemental sur des petites cohortes. L'intérêt de grandes bases de données est d'augmenter la puissance de calcul et la capacité à repérer un agent toxique. Cela permettra de gagner en puissance pour la recherche environnementale. Les registres ont donc vocation à y figurer.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. C'est un sujet important, raison pour laquelle je me permets d'alimenter la discussion. Je comprends bien la logique : ce sont les registres qui alimentent la base de données et non l'inverse.

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'inverse est possible !

M. Pierre Dharréville. Vous me répondrez sur ce point. Cela suppose aussi, si nous voulons que la plateforme soit pleinement efficace et nous permette d'aller dans la direction que vous indiquez, de faire des efforts supplémentaires pour constituer certains registres qui n'existent pas et pour mieux couvrir le territoire. J'insiste sur les registres des cancers, que vous connaissez bien, car ils sont un peu lacunaires.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous avez tout à fait raison : tel est bien l'objectif. Cette base de données permettra d'améliorer la tenue des registres qui, aujourd'hui, sont un peu...

M. Jean-Paul Lecoq. Faits main !

Mme Agnès Buzyn, ministre....faits manuellement, si je puis dire.

Cela augmentera notre capacité à créer des cohortes et des registres : c'est justement cela l'intérêt. Un registre qui entre ses données dans la base pourra lui aussi récupérer d'autres données pour faire des comparaisons : cela améliore la puissance de la recherche.

(Les amendements n^{os} 1299, 1297, 1300 et 1298, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n^o 923.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Actuellement, les données de santé intègrent les activités de prévention, de diagnostic, de soins et de suivi médico-social financées au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité. Le présent amendement a pour objet d'ajouter également dans la plateforme de données de santé les données de prévention recueillies par les services de PMI – protection maternelle et infantile –, de la médecine scolaire et de la médecine du travail.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous aviez déjà soulevé ce point en commission, et vous vous étiez alors engagé à retravailler l'amendement pour répondre aux inquiétudes que nous avions formulées. Compte tenu de sa nouvelle rédaction, je lui donne maintenant un avis favorable.

(L'amendement n^o 923, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 1121 et 642, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n^o 1121.

Mme Geneviève Levy. Cet amendement est proposé par notre collègue Damien Abad. Afin de favoriser l'efficacité des systèmes de données de santé, il est important de capitaliser sur les expériences des établissements publics de santé, qui pourront bénéficier d'un accompagnement méthodologique et financier afin que l'ensemble des acteurs du système de santé bénéficie de leurs avancées.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n^o 642.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Ces amendements sont satisfaits par le droit en vigueur puisqu'une large partie des modifications emportent la possibilité de davantage utiliser les entrepôts de données constitués par les établissements de santé et dûment autorisés par la CNIL ; je vous renvoie à la lecture du rapport. L'adoption de ces amendements n'aurait donc pas de caractère décisif. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vos amendements sont complètement satisfaits. Les données des établissements entrent dans le SNDS non pas parce qu'ils le souhaitent mais parce que c'est obligatoire. Dès lors que ces données sont financées par l'assurance maladie, elles ont vocation à intégrer le SNDS. Nous ne demanderons pas leur accord aux établissements : les données recueillies avec de l'argent public sont obligatoirement centralisées dans le Health Data Hub.

(Les amendements n^{os} 1121 et 642, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 612 et 1301.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 612.

M. Jean-Pierre Door. Pourquoi retirer la Caisse nationale de l'assurance maladie de la concertation relative à la mise en œuvre du système national des données de santé alors qu'elle possède sans doute le plus grand nombre de données de santé ? Cet amendement a pour but de lui rendre sa place dans la concertation.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n^o 1301.

Mme Caroline Fiat. L'alinéa 14 tend à retirer à l'assurance maladie tout rôle dans la gestion et le contrôle de ses propres données de santé. L'article L. 1461-1 du code de la santé publique, qu'il modifie, prévoit en effet que « la Caisse nationale de l'assurance maladie réunit et organise l'ensemble des données qui constituent le système national des données de santé ». Cette disposition est abrogée : seul l'État aura désormais la main. C'est une incohérence et une injustice. La sécurité sociale est la principale productrice des données de santé : il nous semble normal et juste qu'elle en garde le contrôle. Le présent amendement vise à ce que la sécurité sociale garde la main sur ses propres données de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je veux vous rassurer tout de suite, chers collègues : il n'est pas question que l'assurance maladie soit retirée du SNDS. Elle y figurera toujours aux côtés des responsables du traitement des données et y jouera même un grand rôle puisqu'elle abrite une base médico-administrative importante avec le SNIIRAM – système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 612 et 1301, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements identiques, n^{os} 216, 574 et 896.

La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 216.

M. Paul Christophe. Cet amendement s'inspire des conclusions du rapport de Franck Von Lenep, Dominique Polton et Bernard Bégau, présenté en décembre 2017 et intitulé « Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé ». Le suivi en vie réelle des médicaments, c'est-à-dire à partir de données issues de la prescription, de la délivrance et de la consommation des médicaments par le patient, constitue un objectif stratégique pour l'amélioration de notre système de santé et préfigure une réforme des modalités d'évaluation des médicaments.

En effet, au-delà de l'intégration du principe d'une évaluation des médicaments innovants sur la base de ce recueil de données de santé « en vraie vie » pour affiner la mesure de l'efficacité des traitements, il importe également de tirer les conséquences de cette évaluation dynamique sur le plan de la tarification des médicaments. À terme, il faudra passer d'une politique traditionnelle de fixation d'un prix de référence par le CEPS – Comité économique des produits de santé – à une pratique de fixation d'un prix différencié, sur la base de l'efficacité constatée en vie réelle pour chaque traitement.

Lors des débats en séance publique relatifs à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, vous avez affirmé, madame la ministre, souscrire aux conclusions du rapport sur l'évaluation par les données en vie réelle mais vous avez estimé prématurée la transition vers des accords de prix différenciés qui en résulterait. Si cette transition n'est pas encore à l'ordre du jour, il convient toutefois de l'anticiper en étant proactif sur le sujet.

Ainsi, pour permettre au CEPS de se préparer à une évaluation dynamique des médicaments innovants, le présent amendement propose d'intégrer les infrastructures de données en vie réelle existantes au futur groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé » ainsi que de conserver les prestations d'analyse et de sécurisation des données sous la forme d'assistance à maîtrise d'ouvrage dans le cadre du code des marchés publics.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 574.

M. Gilles Lurton. Défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 896.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'évaluation de l'efficacité en vie réelle est déjà une des finalités de la mise à disposition des données. Elle fait partie des objectifs de la mise en place de la base de données. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n°s 216, 574 et 896 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1302.

Mme Caroline Fiat. Défendu.

(L'amendement n° 1302, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 614.

M. Gilles Lurton. Cet amendement tend à permettre, par décret de la ministre, aux professionnels de santé, en ville comme en établissement, et à leurs représentants, d'avoir accès aux informations qui leur sont nécessaires pour, d'une part, connaître leur activité ou leur pratique, d'autre part établir un dialogue équitable avec les pouvoirs publics, notamment l'assurance maladie et les agences régionales de santé, à titre individuel ou collectif.

Cette défense vaut pour l'amendement n° 613.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'accès au système national des données de santé est permanent si celles-ci sont nécessaires à l'accomplissement des missions des services de l'État, des établissements publics ou des organismes chargés d'une mission de service public compétents. Il est autorisé au cas par cas pour les traitements dans le cadre d'une procédure impliquant la CNIL et répondant à un motif d'intérêt public.

Votre amendement vise à élargir l'accès permanent à la base pour établir un dialogue équitable avec les pouvoirs publics. Cette évolution ne correspond pas à la finalité du SNDS. Il me semble donc important que l'accès relève du droit commun. Si l'on commence à introduire des exceptions, il faudrait plutôt privilégier un accès totalement libre, au risque de laisser filer nos données au profit des GAFA, ce qui ne me semble pas opportun.

L'avis est défavorable.

(L'amendement n° 614, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. M. Gilles Lurton a défendu l'amendement n° 613.

(L'amendement n° 613, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 615.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

(L'amendement n° 615, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Thomas Mesnier, pour soutenir l'amendement n° 1741.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Amendement de coordination.

(L'amendement n° 1741, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 641 et 15, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 641.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il est proposé au travers de cet amendement que la plateforme des données de santé définisse la norme d'interopérabilité pour l'échange et l'exploitation des données de santé. Il est en effet fondamental pour la coordination et l'amélioration de la qualité des parcours de soins que les pouvoirs publics imposent et rendent opposable des normes d'interopérabilité pour les systèmes d'information de production de soins.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n° 15.

M. Jean-Carles Grelier. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Défavorable aux deux amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous sommes d'accord sur l'interopérabilité mais ce n'est pas au SNDS de l'assurer mais à l'ASIP Santé. L'avis est donc défavorable sur ces amendements.

(Les amendements n° 641 et 15, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 1292.

M. Cyrille Isaac-Sibille. J'ai la lourde charge de vous transmettre l'argumentaire de M. Villani.

Cet amendement découle des travaux de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, l'OPECST, préalables à l'examen du projet de loi.

La plateforme des données de santé permettra aux pouvoirs publics de coordonner des bases de données disparates et difficilement exploitables actuellement, conformément à une recommandation majeure du rapport Villani sur l'intelligence artificielle.

Rappelons que ce sont des acteurs privés, des start-up, qui permettent à la France de briller sur la scène internationale en matière d'intelligence artificielle appliquée à la santé. Pour développer leurs projets, elles ont à lutter inlassablement contre les lourdeurs administratives et culturelles qui ont failli tuer ceux-ci dans l'œuf. Pour soutenir notre écosystème innovant et réussir à faire entrer la France dans le peloton de tête mondial de l'intelligence artificielle, nous avons besoin de mécanismes administratifs souples et réactifs. Le groupe-ment d'intérêt public ne l'est pas. L'expérience montre qu'il est lent dans son installation et son fonctionnement.

Par ailleurs, l'extrême sensibilité des données de santé justifie qu'on inscrive dans la loi que les pouvoirs publics en gardent le contrôle de façon inaliénable. C'est pourquoi, suivant les recommandations de l'OPECST, il est proposé ici que la Plateforme des données de santé prenne la forme d'une société par actions simplifiée, avec une participation publique dont le plancher sera fixé par la loi. Cette solution garantira tout à la fois la souplesse de l'usage, la facilité de nouer des partenariats et la possibilité de recruter des

ingénieurs du meilleur niveau au service de l'intérêt public tout en réaffirmant le plein contrôle de l'État sur les données de santé.

Au cours des discussions, les spécialistes de l'éthique de l'intelligence artificielle ont été clairs : imposer des protections trop lourdes, c'est empêcher les projets de se réaliser et finalement desservir l'intérêt public. Pour faire entrer notre santé dans le XXI^e siècle, il nous faut des outils administratifs réactifs : c'est tout l'enjeu de cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La proposition, qui a fait l'objet d'une discussion approfondie en commission, de donner la forme d'une SAS à la Plateforme des données de santé est effectivement de nature à la dynamiser, les conditions de création d'une telle structure étant plus souples que celle d'un GIP. Toutefois, comme j'ai eu l'occasion de l'indiquer en commission, le régime de la responsabilité plaide plutôt en faveur du GIP, la personne publique n'étant dans ce cas responsable qu'à hauteur de ses droits statutaires. Ce statut est également plus à même de prévenir les conflits d'intérêts.

Si la responsabilité des associés est limitée dans le cas d'une SAS, il n'en va pas de même pour les dirigeants, dont le statut est moins bien défini sur le plan juridique que dans un GIP. La participation à une SAS paraît certes possible mais un peu plus risquée en termes de responsabilité. Tel qu'il est décrit dans le projet de loi, le GIP permettra d'atteindre le même objectif avec le même niveau de sécurité.

L'avis est défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends, et dans une certaine mesure je partage l'avis de M. le député Cédric Villani en ce qui concerne la nécessité d'une structure simple et d'une gouvernance agile pour assurer le succès de ce Health Data Hub. Il est évidemment essentiel de parvenir à attirer et centraliser des compétences rares et pointues du monde du numérique. Je me suis engagée à veiller à ce que le projet réussisse dans un temps très court – j'ai demandé à mes services de me montrer de premiers résultats dès l'été 2019.

Le caractère public de cette structure me semble cependant un point clé et une garantie que nous devons à l'ensemble de nos concitoyens. Un GIP est une structure juridique éprouvée dans le domaine de la santé – j'en ai moi-même dirigé un – qui peut parfaitement se concilier avec une gouvernance moderne et agile.

Dans ces conditions et compte tenu de l'extrême sensibilité de ce sujet des données de santé et de leur traitement, nous devons nous inspirer de la forme de l'Institut national des données de santé, qui fonctionne dans le cadre d'un GIP. Je ne souhaite pas recourir à une forme juridique du type de la société par actions simplifiée.

Je vous propose donc de ne pas voter cet amendement et je m'engage à rendre ce GIP performant, agile et rapide.

(L'amendement n° 1292 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 1353.

M. Pierre Dharréville. Je salue la décision que nous venons de prendre. Il n'y a d'ailleurs pas assez de structures publiques dans le domaine du numérique.

Le présent amendement vise à préciser la composition du groupement d'intérêt public chargé de la gestion et de la mise en œuvre de la plateforme des données de santé : parmi les utilisateurs publics et privés de données de santé, seuls ceux qui limitent leur usage des données à des fins non commerciales pourraient participer à ce groupement. Une telle précision nous semble essentielle pour assurer une utilisation sécurisée des données et prévenir tout conflit d'intérêts.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Cet amendement, qui a été repoussé par la commission, tend à modifier la composition du GIP en précisant que les utilisateurs publics et privés n'opèrent pas à des fins commerciales. Ce que vous proposez ne me semble pas correspondre à l'objectif, décrit dans l'exposé sommaire, de réserver l'usage des données du Health Data Hub à des fins non commerciales. D'où l'avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je ne comprends pas.

(L'amendement n° 1353, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Chiche, pour soutenir l'amendement n° 1254.

M. Guillaume Chiche. Cet amendement a pour objet d'associer les universités au groupement d'intérêt public dénommé « Plateforme des données de santé », qui se substitue à l'Institut national des données de santé, et dont le but est de réunir, organiser et mettre à disposition les données du système national des données de santé et de promouvoir l'innovation dans l'utilisation des données de santé.

Afin de favoriser l'utilisation et de multiplier les possibilités d'exploitation des données de santé, l'article 10 du présent projet de loi prévoit que le système national des données de santé soit enrichi de l'ensemble des données collectées lors des actes pris en charge par l'assurance maladie. Cette avancée positionnera la France parmi les pays en pointe en termes de structuration des données de santé, tout en préservant un haut niveau de protection de la vie privée. Pour promouvoir l'innovation et la recherche, il convient d'associer l'ensemble des forces de recherche, dont les universités, au sein du groupement d'intérêt public qui coordonnera l'ensemble de ces missions.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Le texte mentionne déjà que le GIP « Plateforme des données de santé » est constitué entre les utilisateurs et privés de données de santé, termes assez généraux pour répondre à votre intention. Je vous invite donc à retirer votre amendement, sinon l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vous demande également de le retirer. Le groupement d'intérêt public qui s'intitulera « Plateforme des données de santé » dispose d'une gouvernance large et représentative, constituée de l'État, des organismes représentant les malades et autres usagers du système de santé, des producteurs de données comme l'Assu-

rance maladie, des utilisateurs publics et privés de données de santé, y compris des organismes de recherche en santé, au nombre desquels peuvent figurer des universités. Votre amendement est donc déjà satisfait. Faute de retrait, l'avis sera défavorable.

(L'amendement n° 1254 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n° 434, 643 et 1557, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 434 et 643 sont identiques.

La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 434.

Mme Geneviève Levy. Je me demande si cet amendement de ma collègue Anthoine n'est pas déjà satisfait...

Les producteurs de données de santé doivent faire partie de la gouvernance de la Plateforme des données de santé, en tant que contributeurs majeurs à l'agrégation de ces données. C'est le sens de cet amendement qui complète l'alinéa 44 de l'article 11.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 643.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il est identique.

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1557.

Mme Gisèle Biémouret. Défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Ces amendements me semblent globalement satisfaits. L'avis est donc défavorable.

(Les amendements identiques n° 434 et 643 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n° 1557 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Albane Gaillot, pour soutenir l'amendement n° 1987.

Mme Albane Gaillot. Le Health Data Hub est au cœur de la transition numérique de notre système de santé et doit accomplir plusieurs missions essentielles : tout d'abord, simplifier et moderniser l'exploitation des données de santé ; ensuite, organiser les données du système national des données de santé, le SNDS ; enfin, promouvoir l'innovation dans l'utilisation des données de santé.

Réussir la transition numérique, c'est s'assurer que ces missions soient remplies. Par cet amendement, je me propose donc d'associer des parlementaires et des personnalités qualifiées à la gouvernance du Health Data Hub afin d'en faire des sortes de garants. L'objectif est qu'ils puissent informer les pouvoirs publics sur le fonctionnement de la plateforme et l'accompagner dans l'accomplissement de ses missions.

À terme, cela permettra d'améliorer l'efficacité du système numérique de santé au profit des patients, des professionnels de santé, et de poursuivre la stratégie annoncée par le Gouvernement en matière de transition numérique.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable pour les raisons précédemment indiquées. Notre philosophie est de pouvoir disposer d'une gouvernance souple, flexible, constituée principalement de personnes morales. Je rappelle qu'un rapport doit être remis régulièrement au Parlement pour que la représentation nationale puisse suivre la mise en place puis le fonctionnement du GIP.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je sais combien vous vous intéressez à ces sujets, madame la députée Gaillot – je crois que vous siégez d'ailleurs à la CNIL.

La gouvernance d'un GIP est définie dans sa convention constitutive dont la modification est nécessaire lors de l'adhésion d'un nouveau membre. C'est pourquoi, en général, ce sont uniquement des personnes morales qui en sont membres – il s'agit d'éviter de complexifier la gouvernance.

Compte tenu de la nature des organisations qui composeront le GIP, de nombreux experts participeront à sa gouvernance. Par ailleurs, je m'engage ici à transmettre chaque année au Parlement le rapport d'activité du GIP et de communiquer toute information majeure sur son activité.

Je vous propose de retirer votre amendement, sinon, je serai défavorable à son adoption.

Mme la présidente. La parole est à Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Je le retire.

(L'amendement n° 1987 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1303.

Mme Caroline Fiat. Il est défendu.

(L'amendement n° 1303, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 616.

M. Gilles Lurton. La Plateforme des données de santé doit également assurer l'interopérabilité.

(L'amendement n° 616, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 618.

M. Gilles Lurton. Il s'agit d'avoir des informations sur les indicateurs de qualité.

(L'amendement n° 618, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs, pour soutenir l'amendement n° 1615.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Je m'étonne de ces avis défavorables sur cet amendement rédactionnel. L'alinéa 48 dispose que le GIP assure le secrétariat unique mentionné à l'article 76 de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Or, cette loi ne compte que 72 articles. Le seul qui mentionne le secrétariat unique est l'article 64.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je serai donc plus précis.

L'article 64, en l'état, définit en effet la procédure d'accès au traitement des données de santé. Il devient l'article 76 aux termes de l'ordonnance du 12 décembre 2018 qui entrera en vigueur au mois de juin. La référence de la loi est donc exacte.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Je le retire.

(L'amendement n° 1615 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 619.

M. Gilles Lurton. La seconde phrase de l'alinéa 50 me surprend un peu : « Il facilite la mise à disposition de jeux de données de santé présentant un faible risque d'impact sur la vie privée ». Qu'est-ce donc qu'un faible risque d'impact sur la vie privée, et qui l'analyse ? Dans un souci de protection de la vie privée des patients, je vous propose de supprimer cette phrase.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous avons discuté de cette question en commission.

La notion de « faible impact sur la vie privée » est abordée à l'article 66 de la loi « Informatique et libertés ». La CNIL a donné l'exemple d'un scénario décrivant une atteinte à la confidentialité, à la disponibilité ou à l'intégrité des données et ses impacts potentiels sur les droits et libertés des personnes. L'impact est apprécié en fonction de sa gravité et de sa vraisemblance. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cette formule, juridique, est issue du règlement général sur la protection des données, le RGPD. Il s'agit de pouvoir donner en open data – et non à partir d'une demande spécifique liée à une recherche ou à une étude – des données très macroscopiques comme les dépenses de santé liées au diabète. C'est ce type de données dont il est question, qui ne présente aucun risque pour la vie privée, et qu'il s'agit d'ouvrir au grand public. La définition, je le répète, est juridique. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. J'entends vos réponses mais cet amendement est de M. Hetzel et il m'ennuierait de retirer.

(L'amendement n° 619 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1304.

Mme Caroline Fiat. Aux États-Unis, plus de 176 millions de dossiers ont été piratés entre 2010 et 2017. À des fins politiques, un groupe de chercheurs a rendu public le dossier médical du gouverneur du Massachusetts en démontrant de la sorte la faiblesse de la cybersécurité de la plateforme.

Nous l'avons dit, en l'état, personne ne peut dire que le risque zéro existe. Notre amendement vise à graver dans le marbre de la loi l'importance de la cybersécurité pour la plateforme recueillant les données de santé de nos concitoyens.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. C'est un sujet que nous avons abordé avec la CNIL, dont l'avis vous éclairera. S'agissant de cyberprotection, elle considère que le GIP serait susceptible, selon les cas de figure, d'être qualifié de responsable de traitements – par exemple, pour ceux effectués avant exportation des données au demandeur – ou de coresponsable de traitements – par exemple, pour ceux destinés à être exploités par les demandeurs dans le cadre de la plateforme technique que le GIP aura vocation à offrir.

La Plateforme des données de santé pourrait être également considérée comme sous-traitant, au sens de l'article 4 du RGPD, lorsqu'elle réalisera des opérations pour le compte d'un demandeur.

Dans tous les cas, elle est chargée de veiller à la protection des données dont elle dispose. Votre amendement est donc satisfait. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il existe une agence responsable de la cybersécurité, l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information – ANSSI –, laquelle est pleinement associée à la construction de ce système. C'est elle qui est chargée de la cybersécurité, qui est partie prenante dans les process, car on ne peut confier une mission de cybersécurité à une plateforme de données de santé. C'est donc l'ANSSI qui vérifie la cybersécurité de cette dernière.

Nous sommes défavorables à votre amendement car la mission que vous proposez ne relève pas du Health Data Hub mais d'une autre structure. Cela ne signifie évidemment pas que la cybersécurité n'est pas affirmée et effective : la structure que nous créons n'a pas la cybersécurité pour objet ou mission tout en étant parfaitement liée à l'agence qui s'occupe de la sécurité des données de santé.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. J'entends vos réponses mais c'est bien un contrat de confiance qui doit lier l'ensemble de la population et cette plateforme. Il est tout de même gênant que cette dernière n'assure pas elle-même la cybersécurité alors que ses utilisateurs ont besoin d'avoir entièrement confiance en elle. Nous maintenons donc cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je tiens vraiment à rassurer nos concitoyens : cette plateforme sera gérée par l'État – il s'agit donc d'un groupement d'intérêt public – et c'est lui qui est chargé de la cybersécurité à travers l'ANSSI qui, elle, fournit les référentiels pour assurer la cybersécurité de la

plateforme. C'est bien l'État qui, intégralement, assure la sécurité des données de santé *via* une plateforme qui répond aux référentiels de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information, qui est également une agence de l'État.

(L'amendement n° 1304 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 972.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement tout simple vise à obtenir l'avis conforme de la CNIL sur les opérations visées à l'alinéa 51. Il s'agit de remettre cette dernière au centre des opérations pour assurer une réelle transparence des futures recherches exploitant ces données de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Le tiers pour qui des opérations pourront être réalisées devra avoir déjà obtenu les autorisations de la CNIL afin d'accéder aux données de santé. Remettre la CNIL au centre du jeu ne ferait qu'alourdir le processus.

La mission dont vous parlez, à l'alinéa 51, vise à déléguer à la plateforme des manipulations sur un traitement de données. Ici, la plateforme pourra agir en qualité de sous-traitant, au sens du RGPD.

Avis défavorable à cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. La CNIL est absolument au centre de l'exploitation de ces données de santé. Elle a tout d'abord donné un accord sur le dispositif général et, ensuite, lorsqu'un opérateur veut exploiter ces données, il doit redemander son autorisation. La constitution de base est intégralement soumise, chaque fois, à une déclaration à la CNIL.

Les services demandés sont donc toujours soumis à une autorisation de la CNIL et toutes les études, les rapports, les observations, les recherches devront mentionner le numéro CNIL qui s'y réfère. Comme le dispose l'article L. 1461-3 du code de la santé publique, l'« autorisation » de la CNIL pour l'accès au SNDS est publiée « sans délai » par le GIP.

Votre amendement étant satisfait, j'y suis défavorable.

(L'amendement n° 972 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 644 et 831.

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 644.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Rompre avec la logique du *close data* : tel est le sens de l'ouverture des données. Il convient donc de veiller à ce que les fédérations hospitalières de tout statut aient accès aux données de santé traitées par la plateforme.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 831.

M. Gilles Lurton. Il est identique.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, *rapporteur*. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. Même avis.

Tous les acteurs peuvent accéder aux données du système national des données de santé pourvu qu'ils respectent la législation en vigueur, c'est-à-dire une finalité d'intérêt public, des règles de sécurité et un accord CNIL.

Les fédérations hospitalières bénéficient, en outre, d'un accès simplifié aux données du PMSI, le programme de médicalisation des systèmes d'information, et des relevés de passage aux urgences en se déclarant conforme à la MR-0015.

Pour les études n'entrant pas dans ce cadre et qui requièrent une autorisation de la CNIL, la Plateforme des données de santé aidera les acteurs à présenter leur demande. En revanche, un accès permanent à ces données ne sera pas possible pour les acteurs ne remplissant pas une mission de service public. Ils seront obligés de se conformer systématiquement à une demande spécifique, mais ils auront le droit de constituer une base de données.

Je suis donc défavorable à ces amendements, sachant que les fédérations hospitalières n'auront pas de problème d'accès aux données de santé.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Je n'ai toujours pas compris pour quelle raison le rapporteur était défavorable à ma proposition d'exclure de la composition du GIP les utilisateurs de données de santé qui en font un usage à des fins commerciales.

Plus généralement, il est important de préciser l'utilisation qui pourra être faite des données, ce qui m'amène à demander un renforcement des moyens du Comité économique des produits de santé. On peut en effet s'attendre à ce que certains organismes demandent l'accès aux données de santé publiques pour créer de la richesse en les exploitant, puis s'adressent à la sécurité sociale pour négocier le prix des produits créés à partir de ces ressources publiques. Il faut que la réflexion du CEPS tienne compte, pour fixer ce prix, du travail public qui aura été fourni pour collecter ces données finalement valorisées. Et il faut donc renforcer le CEPS à cette fin.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. Je comprends votre inquiétude. Permettez-moi de donner un exemple pour y répondre. Nous avons déjà évoqué la pharmaco-épidémiologie ; il est souhaitable que les industriels aient accès aux données de santé pour assurer le suivi en vie réelle de leurs médicaments, afin de savoir, par exemple, s'il existe des effets secondaires à trente ans. L'État ne pourra pas assumer seul toutes les recherches dans ce domaine.

C'est pourquoi des acteurs privés pourront demander à accéder, non pas à toute la base de données, mais aux données dont ils ont besoin. Nous n'allons pas leur refuser cet accès car l'État ne peut pas prendre seul en charge la pharmacovigilance de tous les médicaments.

Ces données peuvent donc être utilisées par des acteurs privés pourvu que ce soit dans l'intérêt public. Or la pharmacovigilance, la pharmaco-épidémiologie ou les données en vie

réelle ont un intérêt public, puisqu'elles permettent de mieux soigner les gens et de vérifier que des traitements n'ont pas d'effets secondaires à long terme.

Je comprends donc votre inquiétude, mais le fait que l'accès aux données soit subordonné à l'existence d'un intérêt public, apprécié par le comité éthique et scientifique, devrait vous rassurer.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Ma question initiale portait sur un amendement précédent relatif à la composition du GIP.

Vous avez répondu à ma deuxième question, et j'entends vos propos. Mais évaluer le service attendu d'un dispositif médical ou le service médical rendu d'un médicament est du ressort de la Haute Autorité de santé. La HAS va donc bénéficier d'outils nouveaux pour accomplir cette tâche, ce qui est une bonne nouvelle.

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. Oui.

M. Pierre Dharréville. Mais pour traiter ces données, elle aura aussi besoin de personnel et de moyens supplémentaires. Il ne s'agirait pas de déléguer aux fabricants l'évaluation de leurs produits, de leur permettre, en quelque sorte, d'effectuer une autoévaluation. La HAS doit continuer à pleinement jouer son rôle.

Par ailleurs, les données sont une source de richesse. Des opérateurs vont produire de la valeur ajoutée à partir de ces données. Quand ils demanderont à la sécurité sociale de fixer le prix du médicament ou du dispositif médical qu'ils auront inventé, il faudra prendre en compte la part que représente la mise à disposition de données publiques dans cette valeur ajoutée. C'est pour faire ce travail que j'insiste sur la nécessité de renforcer le CEPS, qui est aujourd'hui sous-doté, de l'avis même de la Cour des comptes et de l'inspection générale des affaires sociales.

(Les amendements identiques n°s 644 et 831 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 726 et 1242.

La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs, pour soutenir l'amendement n° 726.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Actuellement, il n'existe pas de normes nationales pour mettre en cohérence les différentes bases de données de santé qui coexistent sur notre territoire. Cette carence compromet l'exploitation des données et réduit la fluidité des échanges entre les différents acteurs. Plusieurs travaux interdisciplinaires ont été menés pour résoudre cette difficulté, sans que des critères uniformes ne soient parvenus à s'imposer. Nous proposons donc que la Plateforme des données de santé promeuve des normes de standardisation pour l'échange et l'exploitation des données de santé, en tenant compte des standards européens et internationaux afin de favoriser les échanges au-delà de nos frontières.

Mme la présidente. Sur le sous-amendement n° 2087, je suis saisie par le groupe Socialistes et apparentés d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à Mme Albane Gaillot, pour soutenir l'amendement n° 1242.

Mme Albane Gaillot. Il est défendu.

(Les amendements identiques n°s 726 et 1242, acceptés par la commission et le Gouvernement, sont adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 2053 qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 2087.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement a pour objet d'élargir la mission du GIP à l'accompagnement des porteurs de projets. Lors de l'élaboration du rapport de préfiguration du Health Data Hub, plusieurs besoins sont apparus à la suite des concertations menées. Ces besoins sont notamment d'ordre technique et financier : mutualiser les coûts de mise en œuvre d'une plateforme de traitement de données sécurisée, faciliter l'exploitation des données complexes et améliorer la qualité des données.

Aucune structure existante ne répondant à ces besoins, le projet de loi prévoit la création de la Plateforme des données de santé, ou Health Data Hub.

Afin de contribuer à améliorer la qualité des données de santé et d'encourager leur utilisation, il est proposé de compléter les missions de cette plateforme en lui permettant d'accompagner les porteurs de projets sélectionnés et les producteurs de données qui y sont associés.

Cela permettra à la Plateforme des données de santé d'appuyer les producteurs de données dans la structuration et la mise en qualité des données nécessaires aux projets concernés, notamment en mettant à leur disposition des compétences dans ce domaine. Elle pourra également accompagner les porteurs de projets retenus dans la formalisation de leurs demandes d'autorisation de traitement à déposer à la CNIL et dans la réalisation de l'étude pour laquelle ils ont obtenu une autorisation de cette dernière.

L'objectif est de contribuer à l'amélioration de la qualité et au partage des données de santé.

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir le sous-amendement n° 2087.

Mme Gisèle Biémouret. Nous sommes favorables à la démarche proposée par l'amendement, mais nous proposons de limiter cet accompagnement aux activités de recherche, d'étude ou d'évaluation présentant un intérêt public. Nous souhaitons ainsi éviter une marchandisation des données de santé.

Par ailleurs, notre sous-amendement donnerait une base légale au refus d'accompagner financièrement des porteurs de projets et des producteurs de données de santé dont l'objectif ne serait pas l'intérêt public, mais des intérêts particuliers ou privés.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis favorable à l'amendement du Gouvernement, et avis défavorable au sous-amendement, qui me semble satisfait : l'accès au SNDS doit répondre à un motif d'intérêt public.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur le sous-amendement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'intérêt public est en effet un des critères auxquels doit satisfaire une demande d'accès aux données de santé ; le sous-amendement est donc satisfait. De plus, son adoption interdirait d'accompagner les producteurs de données, puisque l'intérêt de leur travail est d'améliorer la qualité des données. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Je suis gêné, pour ne pas dire plus, par cet amendement. J'ai le sentiment qu'anticipant le fait que l'organisme que nous mettons en place n'aura pas les moyens suffisants pour assumer ses missions, il a pour but de lui permettre d'externaliser et de sous-traiter un certain nombre de tâches. Or il s'agit d'un sujet hautement sensible, et il serait préférable de le doter d'ores et déjà des moyens nécessaires.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Pour préparer ces travaux parlementaires, j'ai auditionné la présidente de l'Institut national des données de santé, et j'ai découvert à cette occasion que c'est l'INDS qui est en train de réfléchir à la future définition de l'intérêt public. J'en conclus que les références à l'intérêt public figurant dans le projet de loi ne renvoient pas à une notion préalablement définie.

Je m'étonne en outre que l'INDS, qui n'est pas une autorité administrative indépendante mais un vague organisme public, soit chargé de dire le droit alors que dans une démocratie et un État de droit normalement constitué, c'est le Parlement et les juridictions qui sont habilités à le faire.

Si vous pouvez me donner une définition légale de la notion d'intérêt public qui ne soit pas une fabrication administrative, mais issue d'une source de droit telle que le Parlement ou une juridiction, je serais preneur car malgré mes recherches, je n'ai jusqu'à présent rien trouvé.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ce sont deux questions complètement différentes.

M. Dharréville m'interroge sur l'accompagnement des porteurs de projets. Il est en réalité très compliqué, techniquement, d'utiliser ces mégabases de données. Par exemple, il n'est pas possible d'utiliser le système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie, ou SNIIRAM, situé au sein de la CNAM, sans avoir suivi une formation d'une demi-journée. Un accompagnement technique est donc nécessaire pour ceux qui veulent s'engager dans l'analyse de ces données.

J'ai eu à gérer une base de données très importante au sein de l'Institut national du cancer ; quand des chercheurs dûment autorisés par la CNIL souhaitaient s'en servir, nous devons leur offrir un accompagnement technique et leur apprendre à l'utiliser. Voilà ce dont ont besoin les porteurs de projets.

De même, il peut être utile d'aider un chercheur à rédiger sa demande auprès de la CNIL, car il ne dispose pas nécessairement des connaissances juridiques requises. Enfin, les établissements de santé n'ont pas toujours la possibilité de vérifier la qualité de leurs données ; lorsqu'il s'agit de struc-

turer leur base de données, il convient de les accompagner pour éliminer les doublons ou les informations contradictoires.

En réalité, l'accompagnement des porteurs de projets concerne la partie la plus technique de l'utilisation des bases de données. Bien entendu, le futur groupement d'intérêt public disposera des moyens nécessaires pour le fournir. Mais si nous n'inscrivons pas dans la loi qu'il fait partie des missions du GIP, cet accompagnement – qui ne demande parfois que quelques heures de temps – ne sera jamais proposé.

Monsieur Grelier, je suis un peu surprise par votre affirmation, car l'INDS n'a pas pour mission de définir l'intérêt public. Elle peut donner un avis à ce sujet, mais il incombe à la CNIL – qui est une autorité administrative indépendante – de le définir, outre la jurisprudence du Conseil d'État.

M. Jean-Carles Grelier. C'est à la loi de le faire!

Mme Agnès Buzyn, ministre. Comme je l'ai indiqué en commission, l'intérêt public est évalué par la CNIL, avec une jurisprudence constante.

M. Jean-Carles Grelier. Qui ne fournit aucune base légale!

Mme Agnès Buzyn, ministre. Celle-ci est fournie par la loi du 6 janvier 1978, me disent mes collaborateurs.

M. Jean-Carles Grelier. Elle ne comporte aucune définition de l'intérêt public!

Mme la présidente. Veuillez vous exprimer au micro, monsieur Grelier. Je vous donne la parole. (*Protestations sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

M. Jean-Carles Grelier. Il s'agit d'un sujet important. Nous procédons à la construction d'un système juridique de protection de données sans aucune base légale. Aucune loi, à ce jour, n'a défini la notion d'intérêt public. Or les dispositions du présent article y renvoient, alors même qu'elle n'existe absolument nulle part.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Si vous le dites, monsieur Grelier! Pour ma part, je regrette, mais je considère que ce n'est pas vrai. Toutes les dispositions du texte sont encadrées par la loi, par les décisions de la CNIL et par la jurisprudence du Conseil d'État.

M. Jean-Carles Grelier. Dont acte!

Mme la présidente. La parole est à Mme Amélie de Montchalin.

Mme Amélie de Montchalin. Je suis un peu étonnée de ce débat. J'ai l'impression que nous oublions, dans cette assemblée, qu'une révolution fondamentale a eu lieu, au niveau européen, en matière de droit des données personnelles, ayant pour nom « Règlement général sur la protection des données ».

Mme Geneviève Levy. Ce n'est pas une révolution!

Mme Amélie de Montchalin. Celui-ci a établi des règles très claires, sur la base de principes très précis, au sujet de ce que sont une donnée personnelle, une donnée d'intérêt général à but scientifique et une donnée n'ayant pas vocation à être utilisée à des fins de recherche.

M. Jean-Carles Grelier. Et alors? On n'y trouve aucune définition de l'intérêt public!

Mme Amélie de Montchalin. Monsieur Grelier, je peux vous transmettre le texte du RGPD, qui a été transposé en droit français dans cette assemblée. Il couvre l'intégralité du champ des données personnelles. S'agissant des données de santé, il comporte des précisions très importantes.

Voilà ce qui est intéressant! Le texte du projet de loi santé n'a pas pour objet de recréer un régime de protection des données personnelles, ce qui serait, au demeurant, totalement fou, présomptueux et dangereux. Il a pour objet de dire que nous conformons toutes les opérations en la matière au règlement général de protection des données, lequel a nécessité dix ans de négociations au niveau européen et offre un régime très protecteur.

Vous imaginez bien que, si Mme la ministre affirme que la référence à l'intérêt général est inscrite dans la jurisprudence de la CNIL, tel est d'autant plus le cas que celui-ci est un pilier du RGPD, qui a été transposé en droit français dans cet hémicycle il y a moins d'un an.

M. Jean-Carles Grelier. Bla-bla-bla!

Mme Amélie de Montchalin. Je serai ravie d'en parler plus avant avec vous, cher collègue. Je vais rechercher dans le texte du RGPD, ce qui me donnera un peu de travail, mais je puis vous assurer que ce concept existe bel et bien dans la loi.

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. Je me contenterai de rappeler que nous avons déposé notre sous-amendement afin de limiter le financement des projets servant des intérêts privés.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. S'il existait une définition de l'intérêt général dans la loi, j'imagine que les collaborateurs de Mme la ministre la lui auraient donnée et qu'elle nous l'aurait transmise. Nous aurions ainsi la certitude qu'elle existe.

M. Pierre Dharréville. Très juste!

M. Jean-Carles Grelier. Madame de Montchalin, vous essayez de nous noyer dans des principes et des textes qui sont sans conséquence ni incidence sur le débat que nous avons.

Mme Amélie de Montchalin. Au contraire!

M. Jean-Carles Grelier. On ne peut pas se référer, dans la loi française, à des notions juridiques qui n'existent pas en droit français.

Mme Amélie de Montchalin. Nous avons transposé le RGPD en droit français!

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 2087.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	44
Nombre de suffrages exprimés	41
Majorité absolue	21
Pour l'adoption	6
contre	35

(Le sous-amendement n° 2087 n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 2053 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1515.

Mme Gisèle Biémouret. Il vise à protéger les professionnels de santé contre l'inscription et l'utilisation des données de santé à leur égard dans le cadre de la plateforme des données de santé, où ils sont parfois mentionnés par leurs nom, prénom et sexe. Ils doivent bénéficier de la garantie que leurs données ne concernant pas les patients seront inutilisables.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Les jeux de données sont d'ores et déjà anonymisés. Votre amendement est donc satisfait, chère collègue. Je suggère le retrait de l'amendement et émets à défaut un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Maintenez-vous l'amendement, madame Biémouret ?

Mme Gisèle Biémouret. Je le retire, madame la présidente.
(L'amendement n° 1515 est retiré.)

Mme la présidente. Les amendements n° 1294 et 1293 peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour les soutenir.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement n° 1293 est un amendement de repli. L'amendement n° 1294 fixe le plancher garanti de la part publique de la SAS à 95 %, si d'aventure la plateforme des données de santé revêt cette forme.

Cette proposition très forte vise à mettre en avant le fait que l'essentiel n'est pas la construction administrative ni la présence ou l'absence d'acteurs privés, mais bien la réactivité de la structure.

À titre personnel, j'estime que ces deux amendements sont essentiels. Nous vivons une révolution en matière de médecine. Je ne sais pas ce qui restera du présent projet de loi dans dix ou vingt ans, et sans doute une deuxième et une troisième loi santé auront-elles été adoptées. Ce qui est sûr, du moins, c'est que nous sommes véritablement à un tournant en matière d'intelligence artificielle, de médecine de diagnostic, de traitement, de médecine prédictive.

À l'heure actuelle, il existe deux grands géants dans ce domaine, les États-Unis et la Chine. Ils progressent à pas de géant. Récemment, la FDA – Food and drugs administration – a autorisé la commercialisation d'un algorithme d'analyse de la rétine. Celui-ci est d'ores et déjà sur le

marché. Dès à présent, votre ophtalmologiste peut envoyer la photographie de votre rétine aux États-Unis afin d'en déterminer la pathologie précise.

Certes, nous sommes assis, en France, sur un trésor. Encore faut-il l'exploiter ! Si nous ne l'exploitons pas rapidement, nous allons louper le train. Nous en avons déjà loupé plusieurs, notamment celui des nanotechnologies. Il ne faudrait pas que nous rations celui-ci.

C'est pourquoi je défends ardemment le principe d'une SAS pour la plateforme des données de santé. Madame la ministre, vous affirmez que nous ne serons pas moins réactifs si celle-ci prend la forme d'un GIP. Je l'espère, tant l'enjeu est fondamental ! Que restera-t-il du projet de loi dans vingt ans ? L'article 11, si nous l'avons réussi.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous avons eu tout à l'heure le débat opposant SAS et GIP. Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Dans dix ou vingt ans, on verra qui a voté ces amendements et qui ne les a pas votés !

(Les amendements n° 1294 et 1293, repoussés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Les amendements n° 620, 621 et 973 peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour les soutenir.

M. Gilles Lurton. Ils sont défendus.

(Les amendements n° 620, 621 et 973, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Albane Gaillot, pour soutenir l'amendement n° 1950.

Mme Albane Gaillot. L'amendement vise à rendre paritaire le comité éthique et scientifique, dont je rappelle que le rôle est de statuer sur les demandes d'accès à des données personnelles. La parité, c'est le partage à égalité entre les femmes et les hommes du pouvoir, de la représentation et de la décision, dans toutes les sphères de la vie citoyenne, politique, professionnelle et sociale.

C'est un outil autant qu'une fin. Je dirais même plus : c'est une exigence de justice et de démocratie.

Malheureusement, le partage du pouvoir entre les femmes et les hommes n'est pas spontané – ce constat n'est pas neuf. Nous savons désormais que le temps ne suffit pas à faire progresser significativement la part des femmes. Notre rôle, en tant que législateur, est de nous mobiliser pour fixer un cap et des règles contraignantes.

(L'amendement n° 1950, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Albane Gaillot, pour soutenir l'amendement n° 1986 rectifié.

Mme Albane Gaillot. Défendu.

(L'amendement n° 1986 rectifié, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 11, amendé, est adopté.)

Après l'article 11

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements portant article additionnel après l'article 11.

Sur le sous-amendement n° 2098, à l'amendement n° 1742 rectifié, je suis saisie par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 1742 rectifié.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Il découle d'un débat que nous avons eu en commission, au cours duquel de nombreuses inquiétudes ont été exprimées au sujet de la cession de données de santé à titre onéreux.

Il vise à inscrire dans l'article une disposition prévoyant que tout acte de cession à titre onéreux de données de santé à caractère personnel, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit sous peine de sanctions pénales.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir le sous-amendement n° 2098.

M. Jean-Carles Grelier. Je vais encore jouer le coupeur de cheveux en quatre, et j'en suis sincèrement désolé ! Monsieur le rapporteur, il y a un gros trou dans votre raquette : vous évoquez uniquement la cession de données de santé à titre onéreux.

Demain, si je représente un organisme d'assurances auprès duquel vous sollicitez un prêt, je pourrai vous accorder ma garantie seulement si vous me donnez accès à vos données de santé. La démarche ne revêt aucun caractère onéreux, et pourtant elle pose problème.

Je propose donc, au nom du groupe Les Républicains, un sous-amendement visant à rédiger ainsi l'alinéa 4 : « Art. L. 1111-8-3. – Nul ne peut solliciter d'une personne physique l'accès à ses données de santé à titre onéreux ou à titre de contrepartie à la conclusion d'un contrat ou de l'octroi d'un avantage. Le manquement à cette obligation est puni des sanctions prévues à l'article L. 226-21 du code pénal ».

Ainsi, nous couvrons l'intégralité du champ : le sous-amendement exclut tout accès aux données à titre onéreux et toute possibilité de le solliciter à titre gratuit ni à titre de contrepartie de la signature d'un contrat ou de l'octroi d'un avantage. Nous avons là une garantie totale.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ce sous-amendement ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La commission n'a pas émis un avis sur le sous-amendement, qui vient de nous parvenir. Le champ de votre sous-amendement, cher collègue, semble plus restreint que celui de l'amendement. En effet, il ne vise que les contrats. L'amendement n° 1742 rectifié, tel que je l'ai présenté, a un cadre bien plus général, englobant toutes les situations possibles.

M. Jean-Carles Grelier. Pas du tout ! Dans celle que j'ai évoquée, il ne fonctionne pas !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je demande une courte suspension de séance afin d'examiner votre proposition en détail.

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures quinze, est reprise à dix-neuf heures vingt-cinq.)

Mme la présidente. La séance est reprise.

La parole est à M. le rapporteur.

Nous reprenons le débat après une interruption qui nous a permis de regarder les choses plus en détail.

À la suite des débats que nous avons eus en commission sur l'exclusion des données de santé du droit patrimonial, des investigations ont été menées. En effet, l'interdiction de cession à titre onéreux des données de santé figure dans un article relatif au régime juridique des hébergeurs de données ; des échanges ont eu lieu avec le ministère de la santé sur la portée de cette interdiction, afin notamment de savoir si cette disposition n'était applicable qu'aux hébergeurs ou si elle revêtait une portée générale.

Le service des archives de l'Assemblée nationale m'a aidé à retrouver les amendements qui sont à l'origine du dernier alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique. Leur exposé sommaire valide l'interprétation du ministère de la santé : l'interdiction revêt une portée générale.

Pour des raisons d'intelligibilité de la norme, il me semblait donc intéressant de clarifier la rédaction actuelle du code de la santé publique. Mme la ministre fait, je crois, une lecture différente.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est là une question essentielle. Cet amendement ne modifie pas le droit actuel ; il le rappelle.

L'article L. 1111-8 du code de la santé publique porte, en effet, sur le régime juridique des hébergeurs de données. Toutefois, son VII définit un principe général d'interdiction de cession, directe ou indirecte, de toutes les données de santé identifiantes.

Cette discussion me donne l'occasion de réaffirmer un principe fort : nul, en France, ne peut vendre ses données nominatives de santé. C'est une exigence de protection que nous devons à chaque Français, et la règle est la même quel que soit le support, papier ou numérique, sur lequel elles sont inscrites.

Cette interdiction de cession des données de santé résulte de la loi informatique et libertés de 1978, qui considère que des données de santé sont l'émanation d'une personne ; dès lors, elles sont protégées par le principe, inscrit dans le code civil, d'indisponibilité du corps humain. Le régime de l'accessoire suit celui du principal : puisqu'un cœur n'est pas appropriable, il en va de même de son émanation, par exemple un tracé d'électrocardiogramme.

C'est donc très clair : les données de santé ne peuvent pas être vendues. Nous devons veiller à ce que le droit soit le même quel que soit le support sur lequel figurent les données.

J'y insiste, ce n'est pas le support qui doit modifier la règle applicable. Voilà le principe auquel nous devons rester fidèles.

Méfions-nous d'une sorte de paranoïa qui règne à propos des données de santé sous forme numérique : une donnée de santé, qu'elle soit numérisée, manuscrite ou tapée à la machine, demeure absolument la même, et la règle qui s'applique doit être identique.

Voilà pourquoi je suggère le retrait de l'amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Compte tenu des discussions que nous venons d'avoir, qui répondent aux interrogations exprimées en commission, je retire mon amendement.

(L'amendement n° 1742 rectifié est retiré ; en conséquence, le sous-amendement n° 2098 n'a plus d'objet.)

Mme la présidente. Sur les amendements identiques n°s 1336 et 1485, je suis saisie par le groupe Socialistes et apparentés d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n° 963.

M. Jean-Carles Grelier. Je suis un paranoïaque qui se soigne ! *(Sourires.)* Pour autant, les explications de Mme la ministre ne m'ont pas tout à fait convaincu.

La question que je tentais de soulever à travers mon sous-amendement n'était pas liée au support des données – papier ou numérique –, mais au sentiment que les garanties offertes ne sont pas complètes, pas suffisamment efficaces, au regard du contexte actuel d'exploitation des données.

Cela étant, je vous propose de retirer cet amendement, déposé au nom du groupe Les Républicains par M. Door, qui est identique à mon sous-amendement, ainsi que l'amendement n° 1806, que j'avais déposé dans les mêmes termes.

Nous considérons que le débat est clos. À l'analyse de nos débats, l'Histoire et la jurisprudence retiendront que nous nous sommes au moins posé la question ce soir.

(L'amendement n° 963 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Albane Gaillot, pour soutenir l'amendement n° 1953.

Mme Albane Gaillot. L'Agence nationale de santé publique, dite Santé publique France, exerce des missions de veille, de surveillance et d'alerte, en s'appuyant notamment sur des données de santé qu'elle obtient auprès de professionnels et d'établissements de santé, ou de laboratoires de biologie médicale. Si Santé publique France veut effectuer une veille sanitaire sur les fièvres hémorragiques virales, elle peut demander à un laboratoire de biologie médicale identifié comme centre national de référence sur les fièvres hémorragiques virales, qui recueille des souches de cellules virales, de placer ses données dans une base à laquelle elle pourra avoir accès. Lorsque le laboratoire cesse ses activités, il doit restituer les données qu'il détient, qui, je le rappelle, ne sont pas à caractère personnel.

Cet amendement affirme donc que l'État est seul titulaire des droits sur les bases de données obtenues à la demande de Santé publique France. Il vise à permettre à l'Agence de mieux détecter les risques sanitaires qui menacent la population et de prévoir une politique de prévention en conséquence.

(L'amendement n° 1953, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 1336 et 1485.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 1336.

M. Pierre Dharréville. Nous poursuivons là le même débat, puisque cet amendement prévoit que les données de santé ne peuvent pas faire l'objet d'un droit patrimonial et, comme vous l'avez dit, madame la ministre, qu'elles ne peuvent être vendues en aucun cas. La question ne s'arrête pourtant pas là : il faut aussi déterminer si ces données peuvent être cédées. En tout cas, vous avez raison, on ne doit pas distinguer les données selon leur support. Cela mérite d'être réaffirmé.

La loi informatique et libertés de 1978 consacre le principe d'indisponibilité des données de santé. Cela signifie qu'une personne ne peut en aucun cas disposer librement de ses données, ni les vendre. Elle ne peut en être qu'usufruitière, selon la distinction entre l'usus, le fructus et l'abusus, que je ne détaillerai pas. Je partage donc votre analyse, madame la ministre. Donner le droit de propriété à la personne fichée reviendrait à la reconnaître comme l'acteur principal de sa protection, une logique qui semble, en effet, poser un problème de droit.

Cet amendement vise à apporter des précisions. Je veux bien entendre, madame la ministre, que des garanties existent déjà, mais, comme l'a également fait Jean-Carles Grelier, je souhaite vous alerter à nouveau sur ce point. Nous constatons que certaines pratiques contreviennent à cette réalité de droit. Que pouvons-nous faire ? Il arrive que des banques, des sociétés d'assurance, parfois des bailleurs, demandent à connaître les données de santé d'individus pour octroyer un prêt ou un service.

C'est un véritable problème auquel nous devons nous attaquer et que notre débat n'a fait que souligner.

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1485.

Mme Gisèle Biémouret. Les députés socialistes considèrent les données personnelles de santé comme des éléments ou produits du corps humain. À ce titre, elles ne peuvent faire l'objet d'aucun droit patrimonial. Si nous sommes favorables à ce que ces données soient accessibles aux organismes publics et à la recherche, afin de développer une prévention sanitaire de qualité, il importe qu'elles ne se retrouvent pas en la possession d'opérateurs économiques souhaitant faire un bénéfice sur le dos des patients.

À l'image du sang et des organes, les données de santé, par leur caractère non seulement intime mais aussi relatif au corps humain, ne doivent pas être cessibles ou transmissibles contre de l'argent. Elles doivent uniquement servir à la recherche.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis défavorable. Mme la ministre a rappelé que le principe d'indisponibilité du corps humain exclut tout droit patrimonial.

Par ailleurs, s'agissant des banques, je veux rappeler la mission d'information des patients qu'un amendement adopté en commission a permis d'ajouter à la plateforme créée à l'article 11.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je suis défavorable à ces amendements pour les raisons que nous venons d'exposer : ils réaffirment le droit qui s'applique à toutes les données de santé. En réalité, on réécrit dans ce texte la loi existante en matière de protection des données de santé.

C'est la raison pour laquelle je vous suggère de retirer vos amendements.

(L'amendement n° 1336 est retiré.)

Mme la présidente. Qu'en est-il du vôtre, madame Biémouret ?

Mme Gisèle Biémouret. Je le maintiens.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1485.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	43
Nombre de suffrages exprimés	42
Majorité absolue	22
Pour l'adoption	5
contre	37

(L'amendement n° 1485 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. M. Grelier a retiré l'amendement n° 1806.

(L'amendement n° 1806 est retiré.)

Article 11 bis

(L'article 11 bis est adopté.)

Article 12

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. La création d'un espace numérique de santé pour tous les usagers de notre système de santé d'ici à 2022 constitue un tournant dans notre manière de prendre en charge les patients. Cet espace gratuit, accessible à tous, permettra à chaque citoyen d'accéder à ses données de santé, à ses parcours de soins, à ses remboursements d'assurance maladie, ou encore d'échanger avec des professionnels de santé via des messageries, d'obtenir des informations de prévention contre telle ou telle maladie ou de promotion de la santé.

C'est donc un outil numérique complet, simplifié, pour tous. Cette innovation numérique constitue une rupture, qui permettra à chaque citoyen de devenir acteur de sa propre santé, avec plus de transparence, plus d'informations, plus d'interactions.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Le présent article vise à donner la possibilité à chaque usager du système de santé d'ouvrir, dès sa naissance, un espace numérique de santé sécurisé et personnalisé, lui permettant d'avoir accès à l'ensemble de ses données et services, tout au long de sa vie.

Ce nouveau dispositif donnera accès à un portail personnalisé de services, ainsi qu'à des applications de santé référencées. L'usager pourra y retrouver son dossier médical partagé et utiliser divers outils numériques permettant des échanges sécurisés avec les professionnels et établissements de santé.

Ce compte personnel sera accessible sur tout support, du smartphone à la borne interactive, et pourra être clôturé à la demande de l'usager. Cette disposition offre donc une autonomie totale au citoyen vis-à-vis de ses données personnelles de santé, par l'accès à son espace numérique de santé.

Cette autonomie se traduit par une pleine maîtrise par chacun de ses données personnelles. Étendre cette maîtrise aux usagers mineurs me semble être une mesure de bon sens, qui s'inscrit pleinement dans l'esprit du présent article. Cette pleine maîtrise pourrait, par exemple, se traduire par la possibilité pour un mineur de restreindre l'accès à son espace numérique de santé à lui seul, pour des raisons de confidentialité et de respect légitime de son intimité. Il s'agit donc de respecter le choix du titulaire de l'espace numérique de santé, qui peut vouloir en restreindre l'accès à lui seul.

Il importe, dès lors, que nous parvenions à statuer sur une rédaction attestant du caractère éminemment personnel des données de santé, ce qui permettra à chacun de maîtriser totalement son espace numérique de santé, ainsi que l'accès à celui-ci.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 519, qui vise à supprimer cet article.

M. Gilles Lurton. Défendu !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'espace numérique de santé que vous souhaitez supprimer a pour but de simplifier la vie de l'usager en réunissant sur la même plateforme tous les services existants – dossier médical partagé, espace Ameli ou autres applications de santé, publiques ou privées, tels l'espace APHP ou la montre connectée qui mesure un rythme cardiaque. Enfin, l'usager trouvera tout au même endroit !

Il n'est, cependant, pas obligé d'ouvrir un espace numérique de santé, ni d'y placer un module. Une fois l'espace numérique ouvert, il peut choisir de n'y mettre que son dossier médical partagé ou son espace Ameli.

La sécurité des données traitées, notamment celle du dossier médical partagé – DMP – ne s'en trouvera pas modifiée. Il ne s'agit pas de donner le DMP à des applica-

tions privées, mais de rassembler chaque module au même endroit, tout en en garantissant la sécurité, notamment lors de l'authentification.

En plus de mon avis sur cet amendement de suppression, je donnerai quelques éléments pour répondre aux amendements suivants.

Je me félicite, tout d'abord, que les débats en commission aient permis d'enrichir cet article. Les propositions ont été nombreuses, tant sur le droit des usagers, avec vos amendements, monsieur Dharréville, que sur la prévention, avec les vôtres, monsieur Lurton, ou sur le secteur médicosocial, avec ceux de M. Hammouche, ce qui montre l'utilité du travail en commission.

Un point doit, cependant, être clarifié, car il a été source de quelques confusions en commission. La vocation de l'espace numérique de santé est, non pas de développer par lui-même des applications, mais bien de les agréger.

Pour toutes ces raisons, que j'ai détaillées afin d'aller plus vite par la suite, j'émettrai un avis défavorable sur cet amendement de suppression.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'espace numérique de santé vise à remettre l'utilisateur au cœur du dispositif, en le rendant acteur de son dossier médical partagé. C'est lui qui verra ses données et décidera qui peut y accéder. Il sera ainsi acteur de l'espace qu'il gère en y plaçant les applications qui répondent à ses besoins, par exemple des applications sécurisées, venant des opérateurs publics.

Cet espace permettra donc à nos concitoyens d'adapter leurs usages numériques à leurs besoins de santé. Ils amélioreront par là leur parcours de soins et leur capacité à être acteur de leur prévention.

Ce dispositif, qui existe dans d'autres pays – nous sommes très en retard –, est absolument nécessaire à nos concitoyens. Sans lui, nous serons confrontés à une flopée de propositions d'espaces numériques issues de différents opérateurs, car les besoins sont là.

Avec ce dispositif, au contraire, nous sécurisons un espace numérique de santé commun à tous les Français, espace qu'ils adapteront au fur et à mesure avec des applications. Sans les empêcher de recourir à d'autres dispositifs, s'ils le souhaitent, l'espace numérique de santé permettra réellement un meilleur parcours de soins et ce que l'on appelle un *empowerment*, c'est-à-dire une autonomisation des usagers, acteurs de leur santé.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Je partage ce point de vue, donc je retire l'amendement.

(L'amendement n° 519 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 1811.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 1811, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 213.

M. Gilles Lurton. Cet amendement vise à s'assurer que la gestion du parcours de santé du patient par le biais de l'espace numérique de santé s'effectue sous le contrôle des professionnels de santé. Pour ce faire, il substitue aux mots : « avec les », les mots : « et sous le contrôle des ».

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'utilisateur doit être pleinement acteur et seul décisionnaire pour ce qui concerne son espace numérique de santé. Il n'est pas question de le soumettre au contrôle de personnels de santé ou de quiconque. L'utilisateur est maître de son espace. Avis défavorable.

(L'amendement n° 213, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n°s 262, 912 et 971.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 262.

M. Gilles Lurton. L'amendement vise à faire une place aux associations d'utilisateurs dans l'espace numérique de santé.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nicole Sanquer, pour soutenir l'amendement n° 912.

Mme Nicole Sanquer. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n° 971.

M. Yannick Favennec Becot. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les amendements sont satisfaits, donc mon avis est défavorable.

(Les amendements identiques n°s 262, 912 et 971 sont retirés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 1880 et 1604, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Caroline Janvier, pour soutenir l'amendement n° 1880.

Mme Caroline Janvier. Cet amendement vise à substituer la notion de consentement, plus précise sur le plan juridique, à l'expression « à l'initiative de » qui figure dans le texte et dont les contours sont assez imprécis.

Le recueil du consentement est une condition d'accès aux données de santé pleinement reconnue, que ce soit dans le RGPD que nous avons déjà évoqué ou dans la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Cette exigence est assortie de plusieurs garanties opposables pour les utilisateurs.

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 1604.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement vise à rendre automatique, sous réserve du consentement du titulaire, la création de l'espace numérique de santé dès l'attribution du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, pour les personnes nées à compter du 1^{er} janvier 2022.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je me réjouis, monsieur Isaac-Sibille, que vous ayez trouvé une nouvelle rédaction plus acceptable que celle dont nous avons discuté en commission. C'est un bel exemple de ce que le travail en commission porte ses fruits. J'émetts donc un avis favorable sur votre amendement et je demande le retrait de l'amendement n° 1880, sinon mon avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Janvier.

Mme Caroline Janvier. Je retire mon amendement.

(L'amendement n° 1880 est retiré.)

(L'amendement n° 1604 est adopté; en conséquence, les amendements n°s 1526 et 2018 tombent.)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements, n°s 1343, 1617, 645, 1217 et 1565, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 645, 1217 et 1565 sont identiques.

La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 1343.

M. Jean-Louis Touraine. Lorsque la personne mineure a exercé le droit d'opposition à la consultation de ses parents ou des titulaires de l'autorité parentale, l'ouverture de son espace numérique de santé doit relever de sa seule initiative et non de ses représentants légaux. Ce droit s'applique à certaines décisions médicales sur lesquelles la personne mineure souhaite conserver le secret. Il est important d'assurer la confidentialité de données que les mineurs ne souhaitent pas voir portées à la connaissance de leurs parents.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs, pour soutenir l'amendement n° 1617.

Mme Michèle de Vaucouleurs. La rédaction de l'alinéa 6 ne précise pas les conditions d'accès des mineurs à leur espace numérique de santé. Or, à l'adolescence, le titulaire de l'espace numérique peut vouloir en restreindre l'accès à lui seul pour des raisons de confidentialité.

Cet amendement propose de fixer à 15 ans l'âge à partir duquel le mineur peut être seul gestionnaire de son espace. Il serait dommageable qu'un mineur se voit refuser par sa famille, pour des motifs religieux par exemple, l'accompagnement médical nécessaire dont celle-ci aurait eu connaissance par le biais de l'espace numérique.

L'espace numérique de santé a vocation à donner au mineur de l'autonomie et non à être utilisé par les parents pour surveiller son intimité. Pour un adolescent de 15 ans, la possibilité de restreindre l'accès à cet espace est synonyme d'indépendance dans un domaine aussi personnel que la santé.

Mme la présidente. L'amendement n° 645 est défendu par M. Paul Christophe.

L'amendement identique n° 1217 est défendu par M. Gilles Lurton.

L'amendement identique n° 1565 est défendu par M. Yannick Favennec Becot.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'accès des mineurs à l'espace numérique de santé est un sujet complexe sur lequel je m'étais engagé à travailler lors des débats en commission.

Après expertise, il apparaît qu'il est déjà possible pour un mineur, d'une part, d'accéder à son espace numérique de santé avec l'accord de ses parents à n'importe quel âge, et, d'autre part, de masquer à ses parents les informations qu'il souhaite dans le dossier médical partagé, et de ne pas les renseigner dans les autres parties de son espace numérique de santé.

En vertu des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique mentionnés dans les amendements, le mineur peut demander à être pris en charge, au sens large, sans le consentement de son représentant légal et sans que celui-ci en soit informé, à condition d'être accompagné d'une personne majeure de son choix.

Le code de la santé publique permet également, dans certains cas, de dispenser des soins et des médicaments gratuitement pour éviter toute trace.

Il est également prévu que les informations relatives à la prise en charge puissent être déposées dans le dossier médical partagé, mais masquées à ses parents. Les professionnels de santé y accèdent néanmoins, ce qui garantit la bonne qualité de la prise en charge. Il serait certainement très complexe techniquement d'exclure spécifiquement ces données de l'espace numérique de santé, mais cela ne semble pas nécessaire.

Quant à l'ouverture de l'espace numérique de santé, nous venons d'adopter un amendement du groupe du MODEM prévoyant son ouverture automatique.

Aussi je vous propose de retirer les amendements, sinon je donnerai un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous avons aussi travaillé. Ces amendements posent la question assez complexe de l'équilibre entre les droits du mineur d'accéder à ses données et la protection des données. Après une analyse approfondie, il ressort que vos propositions entreraient en contradiction avec d'autres règles générales de rang législatif dès lors qu'il s'agit de données de santé.

Afin de préserver l'équilibre nécessaire entre la protection due au mineur et son droit à participer aux décisions le concernant en matière de santé, il ne faut pas aller plus loin que ce qui existe déjà.

Je tiendrai le même raisonnement que précédemment : nous ne devons pas créer un droit pour l'espace numérique de santé différent du droit existant pour les données de santé. Toute modification de la loi entraînerait une complexité considérable. Selon la nature des données – certaines étant

sensibles, d'autres pas –, il faudrait adopter des règles de droit différentes au sein de l'espace numérique de santé. Tenons-nous en aux règles actuelles en matière de protection des mineurs et d'accès à certaines données.

Je vous propose de retirer les amendements, sinon mon avis sera défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Je vous remercie pour vos analyses. Il n'en demeure pas moins qu'un mineur n'a pas le droit d'ouvrir de sa propre initiative son espace numérique de santé. Il peut uniquement masquer certaines données.

C'est dommage. Je pense à l'interruption volontaire de grossesse, aux maladies sexuellement transmissibles ou à d'autres informations médicales qu'un adolescent peut vouloir inscrire dans un espace numérique qui lui soit propre de manière confidentielle. Je maintiens mon amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Je retire l'amendement.
(*L'amendement n° 1617 est retiré.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Une jeune fille ayant subi une IVG peut demander que ses parents ne puissent pas accéder à cette information dans son dossier – j'ai compris. Si, quelque temps plus tard, elle va chez son médecin avec ses parents, celui-ci a-t-il un moyen de savoir que la jeune fille souhaite garder le secret sur cette information ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'IVG est autorisée pour les mineurs sans l'avis de leurs parents. Pour éviter que les parents soient informés, la loi oblige à masquer les données relatives à l'IVG dans la base de données de l'assurance maladie. Ces données-là n'existent pas ; elles ne remontent jamais dans le dossier médical. Quelque part, c'est un risque pris pour la santé de ces enfants puisque des médicaments ont été utilisés et qu'ils ont subi un acte médical. Mais cela n'apparaît pas dans le dossier. C'est la seule façon aujourd'hui de protéger les mineures et de leur assurer le droit à l'IVG.

(*L'amendement n° 1343 n'est pas adopté.*)

(*Les amendements identiques n° 645, 1217 et 1565 ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n° 1461.

Mme Gisèle Biémouret. L'espace numérique de santé et le dossier médical partagé doivent être accessibles à l'ensemble des usagers du système de santé, y compris aux personnes n'ayant pas d'identifiant national de santé, telles que les bénéficiaires de l'aide médicale d'État. Certains publics pourraient être exclus de ces nouveaux outils si les dispositions du texte ne sont pas modifiées.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Ce débat a déjà eu lieu en commission. Sous le contrôle de Mme la ministre, les personnes ne disposant pas d'un identifiant national de santé pourront, comme les autres, ouvrir un espace numérique de santé, l'identifiant qui sera utilisé n'étant pas l'identifiant national de santé.

Les problèmes techniques liés à l'absence d'identifiant national de santé concernent plutôt la bonne identification des documents de santé de ces personnes. Je crois que ces problèmes sont en train d'être traités par les services techniques du ministère. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les bénéficiaires de l'aide médicale d'État, par exemple, disposent d'un numéro d'attente, qui leur permet d'accéder à certains droits. Nous n'avons pas besoin de modifier le droit en vigueur, qui s'appliquera également pour l'espace numérique de santé. Nous précisons par décret quel numéro permettra d'ouvrir cet espace. Les intéressés y auront donc accès, de même qu'ils accèdent aujourd'hui à certains services de l'assurance maladie grâce à un numéro particulier. Je suis donc défavorable à votre amendement, qui est, en réalité, satisfait.

Mme Gisèle Biémouret. Je le retire.
(*L'amendement n° 1461 est retiré.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n°s 200, 575 et 576, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 200 et 575 sont identiques.

La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 200.

M. Paul Christophe. L'espace numérique de santé doit permettre au patient de disposer des informations les plus larges possibles concernant sa santé. Mon amendement vise à compléter cet espace numérique en y incluant le carnet de vaccination électronique.

Si les Français sont plutôt favorables à la vaccination, ils continuent néanmoins à manquer d'informations à ce sujet, notamment sur la mise à jour des obligations vaccinales. Un patient qui ne consulte pas son médecin traitant de manière régulière ne peut pas toujours savoir si ses vaccinations sont à jour.

Je suis convaincu que l'amélioration de la couverture vaccinale en France passera par une meilleure diffusion de l'information. L'espace numérique de santé constitue un outil formidable pour atteindre cet objectif. J'aime à le rappeler et à vous entendre le dire !

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir les amendements n°s 575 et 576, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

M. Gilles Lurton. Madame la ministre, nous avons soutenu les décisions courageuses que vous avez prises en matière de vaccination dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. D'après les premières données qui nous ont été transmises, ces efforts commencent à produire leurs effets : nous constatons des progrès, notamment chez les nourrissons.

En revanche, une population mériterait, de notre point de vue, d'être davantage sensibilisée : les adolescents. On a un peu de mal à les informer sur les rappels de vaccin à effectuer ou sur la vaccination elle-même lorsque celle-ci n'a pas été effectuée. Les amendements n^{os} 575 et 576 me semblent particulièrement opportuns : il s'agit de profiter de l'occasion pour inclure le carnet de vaccination électronique dans l'espace numérique de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous proposez d'inclure le carnet de vaccination électronique du patient dans son espace numérique de santé. Je me suis penché sur la question à la suite de nos débats en commission. Il s'avère que le dossier pharmaceutique et le carnet de vaccination électronique seront l'un et l'autre intégrés, à court terme, dans le dossier médical partagé, qui sera lui-même la pierre angulaire de l'espace numérique de santé. J'ai eu l'occasion d'en discuter avec les services qui sont en train de le mettre en place.

Vos amendements apportent donc une précision qui, à mon sens, n'est pas nécessaire, voire pourrait introduire de la confusion. Selon moi, ils sont satisfaits. Je vous invite donc à les retirer. À défaut, j'émettrai un avis défavorable. Je vous remercie, en tout cas, de votre soutien à la politique que nous menons depuis deux ans en matière de vaccination.

Mme la présidente. Vous me faites signe que vous retirez votre amendement, monsieur Christophe ?

M. Paul Christophe. Non, je le maintiens.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les amendements sont satisfaits. Le carnet de vaccination électronique sera intégré dans le dossier médical partagé. Nous sommes en train de mettre cela en œuvre.

Mme la présidente. Maintenez-vous vos amendements, monsieur Lurton ?

M. Gilles Lurton. Non, je les retire.

(Les amendements n^{os} 575 et 576 sont retirés.)

(L'amendement n^o 200 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :

Suite de la discussion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

La séance est levée.

(La séance est levée à vingt heures cinq.)

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

SERGE EZDRA