

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XV^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Séances du vendredi 22 mars 2019

Compte rendu intégral



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



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

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance	2925
2 ^e séance	2957
3 ^e séance	3003

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

192^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} 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. 2927)

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 2927)

Mme la présidente

Article 8 (*suite*) (p. 2927)

Amendements n^{os} 85, 636, 926, 1421

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Amendements n^{os} 564, 1247

Amendements n^{os} 82, 1181, 13, 1633, 2063, 1634, 2051, 84

Amendements n^{os} 149, 2061, 1248, 1649

Amendement n^o 1490

Amendements n^{os} 1631 et 1632, 753 rectifié, 1546, 2062, 2088 (sous-amendement), 2094 (sous-amendement), 1866, 961, 1584, 1249, 1513

Suspension et reprise de la séance (p. 2942)

Amendements n^{os} 1867, 850

Amendements n^{os} 406, 1641, 1716, 421, 1553, 1619

Amendements n^{os} 1100, 988, 706, 1770

Amendements n^{os} 206, 845, 674

Amendements n^{os} 1152, 676, 1482, 930, 960, 357

Amendements n^{os} 1554, 1635

Après l'article 8 (p. 2949)

Amendement n^o 1209

Article 9 (p. 2949)

M. Paul Molac

M. Jean-Paul Lecoq

Amendements n^{os} 368, 429, 934, 1551

Amendements n^{os} 432, 936, 1210, 207

Amendements n^{os} 431, 938, 1156, 1636

Après l'article 9 (p. 2952)

Amendements n^{os} 637, 944, 903, 908, 954

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales

Amendement n^o 966 rectifié

Article 10 (p. 2954)

M. Pascal Brindeau

Mme Audrey Dufeu Schubert

M. Pierre Dharréville

M. Jean-Pierre Door

Mme Caroline Fiat

M. Didier Martin

M. Joachim Son-Forget

M. Jean-Carles Grelier

Mme la présidente

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 2956)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTENCE DE MME CAROLE BUREAU-BONNARD

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

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).

DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

Mme la présidente. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles du projet de loi, s'arrêtant à l'amendement n^o 85 à l'article 8.

Article 8 *(suite)*

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements identiques, n^{os} 85, 636, 926 et 1421.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n^o 85.

M. Bernard Perrut. Nous poursuivons ce matin un débat important pour nos territoires et nos concitoyens. Vous nous avez donné hier, madame la ministre, votre vision de l'organisation territoriale : nous sommes tous attachés à cette organisation, car elle vise à garantir, conformément aux attentes de la population, sur tous les bassins de vie du territoire, l'égal accès aux soins.

Les hôpitaux de proximité ont vocation à assurer le maillage territorial en services de santé et à améliorer l'accès aux soins grâce à leur inclusion dans des filières territoriales : cet engagement doit être clair.

Cette logique de filière doit permettre à ces établissements d'assurer des activités de chirurgie et d'obstétrique, dès lors que les conditions sont réunies pour garantir la sécurité et la qualité des soins, dans le cadre de filières et d'équipes médicales territoriales. Nous souhaitons que cette possibilité

soit ouverte dès lors que l'organisation territoriale le permet, la qualité ainsi que la sécurité des soins demeurant une exigence.

Mme la présidente. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n^o 636.

M. Paul Christophe. Défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n^o 926.

M. Yannick Favennec Becot. Les hôpitaux de proximité ont vocation à assurer le maillage territorial en services de santé et à améliorer l'accès aux soins grâce à leur inclusion dans les filières territoriales. Du fait de cette mission, il est fondamental que ces établissements assurent la continuité des soins pour les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation, afin d'être de véritables plateformes de service.

Cette logique de filière doit permettre à ces établissements d'assurer des activités de chirurgie et d'obstétrique, dès lors que les conditions sont réunies pour garantir la sécurité et la qualité des soins, dans le cadre des filières et d'équipes médicales territoriales.

Mme la présidente. La parole est à M. Didier Martin, pour soutenir l'amendement n^o 1421.

M. Didier Martin. Les hôpitaux de proximité sont au cœur de la réforme, car ils sont les acteurs de coopération avec les autres secteurs du système de santé, en particulier le médico-social. Ils assureront les soins de premier secours, la médecine, des soins de suite et de réadaptation. Ils doivent assurer l'accueil, la prise en charge et l'orientation des urgences dans les *rescue centers*, des lieux numériquement équipés, en imagerie et en biologie, afin d'orienter les patients vers les structures hyperspécialisées, au sein du réseau des différents pôles.

Ces premiers secours doivent permettre de sauver des vies humaines et de gagner sur la morbidité. Il nous semble donc nécessaire que ces établissements assurent ces urgences et des activités de chirurgie et d'obstétrique, dès lors que les conditions de sécurité et de qualité des soins, dans le cadre des filières et des équipes présentes dans le territoire, sont réunies pour remplir ce service.

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. Le Gouvernement a déjà donné une définition des hôpitaux de proximité dans l'amendement défendu en commission, qui présente des similitudes avec la vôtre, mais aussi des différences. Je préfère la définition retenue en commission, laquelle a repoussé votre amendement. 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. La définition des hôpitaux de proximité est importante. Vos amendements tendent à labelliser les établissements de soins de suite et de réadaptation en hôpitaux de proximité, ce qui rend problématique l'accès aux soins, car il me semble qu'une autorisation de médecine serait au moins nécessaire. Je voudrais que les hôpitaux de proximité soient la porte d'entrée des soins vers l'hospitalisation. Le soin de suite est au contraire une porte de sortie, ce qui n'est pas cohérent avec ma vision de l'entrée dans la filière hospitalière.

Par ailleurs, vous souhaitez qu'une activité de chirurgie perdure dans ces hôpitaux, ce qui dénaturerait la définition même des hôpitaux de proximité, que nous souhaitons recentrer autour de la médecine de proximité. Les activités de chirurgie et d'obstétrique sont exercées dans des hôpitaux généraux qui ne nécessitent pas une caractérisation particulière. Les hôpitaux généraux demeurent dans le paysage : il n'est pas question d'y toucher, dès lors que leur activité en obstétrique ou en chirurgie est soutenue.

Afin de tenir compte des inquiétudes soulevées en commission, je propose que les directeurs d'ARS puissent déroger à cette règle dans le domaine chirurgical, en fonction de l'offre locale, pour des actes de petite chirurgie...

M. Joël Aviragnet. Quand même !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ...définis par la Haute autorité de santé et qui ne nécessiteraient pas la logistique de la chirurgie opérationnelle, comme des lits de réveil ou un service de réanimation.

Je ne suis pas favorable à vos amendements qui dénaturent notre projet.

(Les amendements identiques n^{os} 85, 636, 926 et 1421 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 564 et 1247.

La parole est à M. Julien Borowczyk, pour soutenir l'amendement n^o 564.

M. Julien Borowczyk. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert, pour soutenir l'amendement n^o 1247.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Cet amendement rédactionnel tend à remplacer les mots : « hôpital de proximité » par les mots : « établissement de santé de proximité », puisque « hôpital » a été remplacé dans le code de la santé publique par « établissement de santé ».

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'expression « hôpital de proximité » est parlante pour tous et paraît moins technocratique qu'« établissement de santé de proximité ». De plus, cette appellation n'exclut pas le privé. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(Les amendements identiques n^{os} 564 et 1247 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 82 et 1181.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n^o 82.

M. Bernard Perrut. Votre réforme, madame la ministre, tend à créer des établissements de santé de proximité qui doivent s'intégrer dans un dispositif gradué de l'offre de soins et de réponse aux besoins de la population. L'enjeu est tel qu'il paraît indispensable de préciser dans la loi que ces établissements de santé de proximité peuvent aussi bien être des établissements publics que des établissements privés.

D'ailleurs, des coopérations admirables naissent sur le terrain. Ainsi, dans ma circonscription, dans le cadre du regroupement hospitalier de territoires Rhône Nord, a été signé un partenariat entre un établissement public, l'hôpital Nord-Ouest, et des établissements privés autour d'un projet médical partagé, des organisations innovantes et une logique de parcours et de développement de l'ambulatoire médical, en renforçant les liens avec la médecine de ville et en opérant la transformation numérique du territoire de santé. Votre stratégie nationale trouve donc des traductions positives dans nos territoires. Cette complémentarité ne peut pas être passée sous silence et il faut affirmer très clairement que le public et le privé peuvent travailler ensemble dans un projet global, voire sur le même site, comme je viens d'en témoigner.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 1181.

M. Jean-Pierre Door. Cette réforme hospitalière intéressera beaucoup plus la province que Paris, puisqu'il s'agit surtout d'un maillage territorial « provincial », cette expression ne revêtant aucune connotation péjorative. En effet, certains territoires comptent des établissements privés, des cliniques, que nous ne devons pas négliger. Nous devons au contraire les intégrer dans la reconstruction de la carte hospitalière car, mon collègue l'a rappelé, le public et le privé doivent marcher ensemble.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Votre amendement est satisfait car l'amendement adopté en commission par le Gouvernement tend à préciser, à l'alinéa 2 de l'article 8, que les hôpitaux de proximité sont des établissements publics ou privés,

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous partageons la même vision : aussi avons-nous prévu d'inscrire dans la loi que ces établissements pouvaient être publics ou privés. Je vous invite à retirer votre amendement, qui est satisfait.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Je le retire.

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

M. Jean-Pierre Door. Moi aussi.

(Les amendements identiques n^{os} 82 et 1181 sont retirés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n° 13.

M. Jean-Carles Grelier. J'ai beau savoir que chaque profession a son vocabulaire technique et comprendre ce que recouvre l'expression de « gradation des soins », je crains qu'elle ne soit aussi entendue comme une gradation des territoires, entre ceux à qui serait réservée l'excellence des CHU, et les autres où s'exercerait, dans les hôpitaux de proximité, une médecine non moins excellente mais perçue différemment par la population. Rassurez-moi, une nouvelle fois.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous en avons parlé en commission : vous souhaitiez déjà supprimer l'expression « gradation des soins ». La qualité des soins n'est pas hiérarchisée. Proximité doit rimer avec qualité. La qualité des soins, quelle que soit leur technicité, doit être garantie partout. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ce n'est pas du tout la vision que nous souhaitons donner à cette réforme. La « gradation des soins » est une expression d'ordre technique, utilisée dans le monde entier, qui permet de répartir les plateaux techniques entre différents établissements. Elle sous-entend que l'on organise les filières de prise en charge entre un premier niveau, plus simple, et un second, un niveau de recours, qui nécessite des plateaux techniques plus sophistiqués. Ces plateaux peuvent d'ailleurs être partagés entre différents sites. Ainsi, on peut imaginer que, dans une filière de prise en charge, un hôpital de proximité se réserve la porte d'entrée en médecine générale, en médecine polyvalente, et qu'un hôpital de recours « x » pratique la cardiologie interventionnelle et un hôpital de recours « y », la neuroradiologie.

Cette simple répartition des plateaux techniques permet de définir le premier recours, qui est la porte d'entrée, et des filières de recours plus complexes, sans hiérarchiser mais en définissant une organisation rationnelle et rassurante pour les malades, car elle oblige à définir le parcours de prise en charge. Elle permet d'assurer à tous les patients de tous les territoires un réel accès aux spécialités et aux recours.

Je comprends que cette expression d'ordre technique puisse être mal interprétée, mais cette façon d'organiser les soins dans les territoires qui, je le répète, est partagée par tous les pays du monde, permet d'assurer l'organisation des filières de prise en charge.

Avis défavorable à votre amendement.

Mme la présidente. Monsieur Grelier, Mme la ministre vous a-t-elle rassuré ? Retirez-vous votre amendement ?

M. Jean-Carles Grelier. Je suis un peu rassuré, mais je le maintiens, madame la présidente.

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

M. Pierre Dharréville. Vous aviez déjà apporté, hier soir, quelques précisions : toutefois, au-delà des réticences exprimées par M. Grelier et du fait que cette manière d'organiser les choses puisse parfois conduire à enfermer les établissements dans des cases, sans tenir totalement compte des nécessités, vous ouvrez surtout la voie à des jeux de mots

faciles. Dans un certain nombre de territoires, cette « gradation des soins » sera surtout vécue et comprise comme une dégradation des soins.

Je profite également de cet amendement pour réagir d'un mot au débat précédent. À mon avis, en matière d'« établissement hospitalier », tous ne se valent pas. Nous devons être attentifs à créer sur le territoire un maillage de services publics resserré. Cela doit être une dimension forte de la nouvelle organisation que vous proposez : elle doit structurer les décisions qui seront prises.

(L'amendement n° 13 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq, pour soutenir l'amendement n° 1633.

M. Jean-Paul Lecoq. La nouvelle définition des hôpitaux de proximité retenue par le Gouvernement indique qu'ils « orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins ». Cette rédaction laisse entendre que les hôpitaux de proximité seront avant tout des gares de triage, des centres de tri visant à réorienter les patients vers d'autres structures de soins, qui disposeront des services et des médecins, notamment les hôpitaux généraux au niveau départemental.

S'ils ne sont pas dotés de missions allant au-delà de la médecine et de la gériatrie, le risque est grand pour ces hôpitaux de proximité de devenir des établissements de seconde zone. Qui voudra exercer dans des hôpitaux sans spécialités ? Depuis le début du débat, le Gouvernement et la majorité prônent des mesures incitatives face aux déserts médicaux. Avec les hôpitaux de proximité, vous mettez en place une véritable mesure désincitative pour les médecins. Ces derniers ont besoin de plateaux techniques de proximité dans l'exercice de leur profession.

C'est la raison pour laquelle nous demandons la suppression de ces dispositions.

Madame la ministre, pour poursuivre la discussion que nous avons eue, hier soir, à propos de l'hôpital de Pont-Audemer, ce même président de CME – commission médicale d'établissement – de l'hôpital du Havre, qui a travaillé sur la question de l'hôpital de Pont-Audemer et qui est psychiatre, m'a expliqué que, s'il a fermé les CMP – centre médico-psychologique – à Gonfreville-l'Orcher et dans les quartiers du Havre, c'est qu'on ne pouvait pas déplacer de la sorte les psychiatres. Ils ne pouvaient pas passer leur temps sur la route mais devaient bien se poser quelque part : il fallait déplacer les patients – des enfants, en l'occurrence.

Or vous venez nous expliquer que, grâce à l'exemple de Pont-Audemer, le fait que les chirurgiens et les médecins se déplacent ne pose aucun problème – ils peuvent bien faire quarante ou soixante kilomètres –, contrairement aux médecins, en tout cas aux psychiatres qui, si je comprends bien, ne peuvent pas en faire quatre ou cinq. Il y a là un petit bémol.

J'aimerais vous faire confiance, mais connaissant l'exemple de Pont-Audemer, je doute que l'avenir soit à cela. Conserver dans tout le territoire des hôpitaux de plein exercice dotés d'effectifs idoines me semble donc la première mesure à prendre.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Chers collègues, il n'est pas question de faire des hôpitaux de proximité de simples gares de triage.

M. Jean-Paul Lecoq. C'est vous qui le dites !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Contrairement à ce que vous avez dit, ces hôpitaux compteront des services de médecine et des spécialistes, notamment des spécialistes en consultation avancée, qui arriveront de l'hôpital de recours, amenant une offre de soins qui n'existe souvent plus dans ces hôpitaux. Dans un grand nombre d'entre eux, nous aurons des services d'urgence, des centres de périnatalité, des équipes mobiles, des centres de rééducation et de soins de suite.

Il n'est plus possible de soutenir l'idée qu'il est encore possible d'avoir, partout, un plateau technique de cardiologie ou de neurochirurgie. Effectivement, dans certains cas, ces hôpitaux devront réorienter les patients vers l'hôpital général ou un hôpital plus équipé, parfois très spécialisé, pour réaliser certains actes très spécifiques. La philosophie est de permettre au quotidien, pour les soins plus généraux, de garantir la qualité des soins à la population du territoire. Donc, avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous évoquez deux points.

Premier point : vous affirmez que ces hôpitaux seront de simples gares de triage. Ce n'est absolument pas l'objet. De très nombreuses hospitalisations en médecine ne nécessitent pas de soins de recours. Pour des antibiotiques ou autres médicaments, des patients bénéficieront d'une hospitalisation sur place, sans jamais avoir besoin de recourir à une spécialité. Tous les hôpitaux généraux comportent des services de médecine polyvalente. Ces services, qui seront assurés dans les hôpitaux de proximité, correspondent à de très nombreuses hospitalisations conventionnelles, qui sont aujourd'hui assurées dans la plupart des hôpitaux.

Cela permettra de décharger de nombreux hôpitaux de recours, qui assurent aujourd'hui ces hospitalisations conventionnelles de médecine polyvalente et qui pourront désormais se faire en proximité. C'est donc un service que nous rendrons aux patients.

En cas de soins de recours, ces hôpitaux de proximité seront non seulement une porte d'entrée vers les soins de recours, mais également une porte de retour à domicile, plus rapprochée, pour les fins de traitement. Ces hôpitaux pourront bénéficier de lits de soins de suite et de réadaptation – SSR –, pour éviter que les familles n'aient à faire, pendant quinze jours ou trois semaines, des allers-retours dans un hôpital de recours pour rendre visite à un patient hospitalisé.

De mon point de vue, donc, non seulement ces hôpitaux faciliteront, en proximité, l'entrée dans le système hospitalier et sa sortie, mais ils continueront aussi d'assurer une hospitalisation conventionnelle, qui répond à un très grand nombre d'hospitalisations aujourd'hui assurées par les hôpitaux généraux. Il ne faut donc pas les voir uniquement comme des gares de triage.

Deuxième point : vous évoquez l'exemple du Havre. Je ne peux pas juger des propos qui ont été tenus. Pour ma part, je souhaite réellement que, parmi les missions, apparaisse l'accès sur place à des consultations spécialisées. C'est la garantie que nous devons à nos concitoyens pour qu'ils n'aient pas à se

déplacer pour une consultation standard de cardiologie ou d'ophtalmologie. Je souhaite que ces hôpitaux, par voie de contractualisation avec les autres hôpitaux du GHT – groupe-ment hospitalier de territoire – et grâce à une bonne gestion des ressources humaines, soient amenés à proposer ces consultations de spécialités sur place.

C'est la raison pour laquelle j'ai inscrit l'accès à de telles consultations dans les missions socles, afin qu'elles ne soient pas assurées selon le bon vouloir de chacun mais constituent réellement une obligation : si l'on peut mutualiser les moyens, on peut également, dans le cadre d'un GHT, donner du temps médical à distance.

Pont-Audemer n'est pas le seul exemple à pouvoir être cité. Dans une spécialité que je connais bien, la cancérologie, le CHU de Besançon, avec tous les hôpitaux locaux de la région, avait décidé que les cancérologues soient tous recrutés comme praticiens hospitaliers par le CHU, dans le cadre d'une contractualisation entre celui-ci et les hôpitaux locaux. Ces praticiens hospitaliers du CHU étaient dans l'obligation de donner un ou deux jours par semaine dans les hôpitaux locaux, ce qui a permis d'assurer la chimiothérapie dans tous les hôpitaux locaux de la région avec la même qualité que dans le CHU. Celui-ci suit tous les dossiers de malades en cancérologie sur le plan médical et scientifique, bien que les patients soient traités en proximité, grâce aux consultations avancées autorisées par le déplacement des cancérologues.

Pour moi, le modèle de demain consiste dans une mutualisation des ressources humaines et un engagement des professionnels à aller sur place, auprès des malades. C'est tout le contraire de l'exemple que vous donnez. C'est vers cela que je souhaite engager tous ces hôpitaux.

M. Jean-Paul Lecoq. C'est votre aspiration, mais rien ne dit qu'elle se traduira dans la réalité.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous dites que ce ne sera pas la réalité : j'ai inscrit volontairement cette démarche dans les missions, afin qu'elle ne dépende pas du bon vouloir des uns ou des autres. C'est l'engagement que doivent prendre les groupements hospitaliers de territoire envers les hôpitaux de proximité inscrits dans leur périmètre. Donc, avis défavorable à votre amendement.

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

Mme Annie Vidal. Permettez-moi d'apporter une petite précision à mon collègue Lecoq : le montage qui vient d'être décrit a été réalisé entre le CHU de Rouen et l'hôpital du Havre pour les consultations de génétique.

(L'amendement n° 1633 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 2063.

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'objet de cet amendement est de modifier la rédaction de l'alinéa 2 afin de clarifier la façon dont sera exercée la responsabilité territoriale partagée des hôpitaux de proximité. Cet amendement rédactionnel réaffirme la complémentarité et le lien privilégié que les hôpitaux de proximité seront amenés à construire avec les professionnels de ville. Ce lien doit se concrétiser par la mise en place d'organisations articulées, pour que les hôpitaux de proximité puissent réaliser l'ensemble de leurs missions.

Cette rédaction permet, en outre, de favoriser le développement de l'exercice mixte entre la ville et l'hôpital de proximité. C'est la raison pour laquelle je propose cet ajustement.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Favorable.

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

M. Jean-Pierre Door. Je voudrais interpellier Mme la ministre, parce que nous constatons une avancée, voire une certaine ouverture de la part du Gouvernement, à la suite de nos prises de position en commission, où nous avons évoqué le problème posé par la disparition de la chirurgie, par exemple, dans les hôpitaux de proximité. S'agissant de la chirurgie ambulatoire, la réponse est, par définition, négative, bien entendu. Ce serait en revanche possible pour la chirurgie légère.

Il convient, à mon avis, d'évoquer les actes chirurgicaux réalisables y compris dans les hôpitaux de proximité. Nous présenterons des amendements sur le sujet, mais comme je dois m'absenter de l'hémicycle quelques instants, je tenais à vous dire ce que j'en pense.

Avec cet amendement, vous faites une avancée. Si un médecin traitant est en rapport avec un spécialiste, et que ce dernier peut se déplacer dans l'hôpital de proximité, de nombreux actes pourraient y être réalisés. Ils nécessiteront toutefois qu'une salle leur ait été dédiée. On n'opérera pas dans les salles de cuisine de l'hôpital de proximité ! Donc, bloc opératoire ou salle dédiée aux actes chirurgicaux : cela doit être défini.

Vous avez ciblé les anesthésies locales – ou locorégionales, comme vous les appelez –, ainsi que des actes en gynécologie ou en ophtalmologie : il ne faut pas oublier l'urologie, la gastro-entérologie ou la pneumologie. Pour des bronchoscopies avec biopsie, par exemple, il faut réaliser une anesthésie. Il sera donc possible de réaliser tout un ensemble d'actes qui nécessitent une anesthésie locale, ou plus, à condition que soit prévue une salle appropriée.

En sus de votre amendement, nous demanderons donc la réalisation de tels actes, par le biais d'une dérogation soumise, bien entendu, à l'aval du directeur de l'ARS, afin qu'ils puissent être effectués en toute sécurité.

Les hôpitaux de proximité pouvant, en effet, être éloignés d'un centre hospitalier général ou régional, il faudra conserver la possibilité d'effectuer, à distance, de tels actes. Vous savez, comme moi, que des médecins traitants en relation avec des spécialistes les font venir sur place. La coordination des soins ne pourra que renforcer cette pratique, qui a lieu depuis plusieurs dizaines d'années.

Nos amendements apporteront les précisions nécessaires, mais vous ouvrez, madame la ministre, avec celui du Gouvernement, le débat sur les actes qu'il sera possible de réaliser dans les hôpitaux de proximité, en sus de la médecine d'urgence et des SSR.

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

M. Jean-Carles Grelier. Je dois à la vérité de reconnaître, madame la ministre, que nous vous avons interpellée en commission sur cette question de l'activité chirurgicale dans les hôpitaux de proximité, et que cet amendement montre que vous nous avez entendus. Je voulais vous en remercier.

J'ai simplement encore une inquiétude – je me soigne, pourtant, je vous le promets (*Sourires*) –, relative à la procédure administrative. Vous avez annoncé la labellisation de 500 à 600 hôpitaux de proximité dans le courant de cette année. Or la procédure que vous adoptez consiste en un décret en Conseil d'État sur avis de la Haute autorité de santé. Le fait que les délais administratifs de ces deux belles institutions françaises se cumulent rend improbable le respect du calendrier annoncé.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Prévoyant qu'il serait encore question de l'hôpital de Pont-Audemer, j'ai vérifié la distance : il est à 45 kilomètres du Havre.

M. Jean-Paul Lecoq. 42 kilomètres, exactement.

M. Joël Aviragnet. 42 kilomètres : or l'éloignement des services publics de santé est, pour nos concitoyens, une cause d'inquiétude majeure, qu'ils expriment souvent.

Je serai, pour ma part, favorable à l'amendement que M. Door a annoncé : si je ne suis pas médecin, je sais, en revanche, qu'à trop éloigner de nos concitoyens le lieu où ils pourront subir une intervention chirurgicale indispensable, ou encore les maternités, vous les mettez dans des situations inextricables.

En Occitanie, l'hôpital universitaire est à Toulouse. Les villes environnantes, comme Foix, par exemple, sont à 100 kilomètres de Toulouse, donc à une heure de route, en temps normal, pour ceux qui ont une voiture. Vous comprenez bien que, pour les gens, il est difficile de s'y rendre. Si on ne maintient pas, dans les hôpitaux, comme celui de Foix, un minimum de services, les habitants se trouveront dans des situations extrêmement difficiles.

J'ai parlé de Foix, en pensant à ceux qui vivent autour, mais il y a aussi tous ceux qui habitent au fin fond du département, et qui sont, en conséquence, à plus de deux heures de Toulouse. C'est un problème vraiment récurrent. L'éloignement fait monter la violence chez les gens. C'est cette inquiétude qu'expriment les gilets jaunes quand ils demandent à quoi servent leurs impôts : ils ne veulent pas qu'on leur présente une répartition en forme de camembert, mais ils ont le sentiment de payer des impôts sans accéder, en retour, à des services suffisants.

Vous avez un avis technique, que je ne conteste pas. Mais, sans vouloir donner de leçon à personne, je tiens à rappeler qu'un élu doit confronter la technique à la réalité du terrain. Ceux qui ne le savent pas l'apprennent vite, parce que les gens ne les ratent pas là-dessus. Entendez cette question, elle me paraît fondamentale.

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

M. Pierre Dharréville. Comme il est beaucoup question de distances ce matin, je signale que l'hôpital de Pont-Audemer n'est pas à 42 kilomètres de Martigues, mais à 942 kilomètres, ce qui fait assez loin, pour qui voudrait s'y rendre. Il ne suffira pas à répondre à tous les besoins de santé de mon territoire.

Cela étant dit, ce débat sur les services qu'offriront les hôpitaux dits de proximité est important. Je crains, pour ma part, que la philosophie que vous proposez – même si les précisions que vous avez apportées témoignent de préoccupations qui m'intéressent – n'entraîne l'installation d'un système de cliquet : certains hôpitaux auront au-dessus d'eux

un plafond de verre, qui leur interdira d'accomplir certains actes. C'est en tout cas la logique générale qui me semble se dégager de vos propositions.

Encore une remarque. Vous avez dit tout à l'heure, madame la ministre, que l'hôpital de proximité ne serait pas une gare de triage, mais qu'il sera aussi une porte de sortie. Il faut donc arrêter les fermetures de lits : il est déjà très difficile, dans tout le territoire, d'accueillir des malades près de chez eux, lorsqu'ils sont en rémission. Or il ne me semble pas que nous disposions aujourd'hui des moyens nécessaires pour permettre aux établissements de santé de faire face à ces besoins.

(L'amendement n° 2063 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 1634.

M. Pierre Dharréville. Il ne mange pas de pain, puisqu'il propose simplement – je pense que chacun peut être d'accord avec cette ambition – d'inscrire dans le texte que les hôpitaux de proximité concourent à réaliser l'objectif de réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins. Je le répète : l'idée d'inscrire ce point dans la loi devrait nous rassembler largement.

Encore un mot, à propos du débat sémantique de tout à l'heure sur la notion d'hôpital : dans le langage populaire, le mot « hôpital » désigne généralement un établissement public. Il serait bon de conserver cet usage, de manière à ce que les choses soient claires et que l'on évite les confusions.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'amendement est satisfait, parce qu'il est évident que les hôpitaux devront concourir à la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins. En revanche, cette responsabilité doit être partagée avec la médecine de ville. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'amendement est satisfait, puisque l'objectif de réduire les inégalités est à l'évidence intégré dans l'idée de la « responsabilité territoriale », dont les hôpitaux de proximité sont investis par l'amendement que je viens de vous proposer.

M. Jean-Paul Lecoq. Ça va mieux en le disant.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ils partagent d'ailleurs cette responsabilité avec les CPTS – communautés professionnelles territoriales de santé. Avis défavorable.

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

M. Pierre Dharréville. Je trouve cela dommage, parce que, finalement, nous sommes tous d'accord : il suffirait donc d'écrire cette précision. Même si, comme vous le dites, c'est une évidence, écrivons-la, cela ne fera pas de mal.

Vous avez ajouté, monsieur le rapporteur, que ces hôpitaux ne sont pas les seuls à devoir être acteurs de cette réduction des inégalités territoriales. Mais c'est la raison pour laquelle l'amendement est ainsi rédigé : « ils concourent à l'objectif de réduction des inégalités territoriales ». La rédaction de l'amendement est précise, elle est impeccable, même : je pense qu'on peut le voter sans problème.

(L'amendement n° 1634 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 2051.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il propose de modifier la rédaction de l'alinéa 3 en précisant le lien entre les projets de santé des CPTS et les missions des hôpitaux de proximité. L'ambition de la réforme, vous le savez, est de réinventer la relation entre les professionnels de ville et l'hôpital de proximité. Elle doit se traduire par une articulation forte entre l'action de l'hôpital et les projets d'organisation que les CPTS auront mis en place.

Il me semble donc important que le texte sur les missions des hôpitaux de proximité clarifie cette articulation : les hôpitaux de proximité auront explicitement pour mission de prendre en compte les projets des CPTS, ce qui suppose de leur part un acte positif et proactif de mise en cohérence de leur action avec ces projets. Par exemple, lorsqu'une CPTS projette de structurer un accès plus facile aux spécialités en ville, les consultations offertes par l'hôpital de proximité seront adaptées à cette donne, afin, notamment, d'éviter toute concurrence.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Avis favorable.

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

M. Pierre Dharréville. Les mots sont importants, et la précision sémantique que vous apportez ici est sans doute utile dans le dispositif que vous prévoyez.

Je voudrais revenir un instant sur le vote précédent, parce que, après y avoir réfléchi deux minutes de plus, je me demande si, finalement, quelque chose ne vous a pas gênés dans la proposition qui était faite. J'aimerais une précision là-dessus : pour le dire clairement – car je pense que ce débat est utile –, je me demande si vous n'avez pas craint que l'exigence, pour les hôpitaux de proximité, de participer à la réduction des inégalités territoriales ne soit opposée à ces établissements, ou ne vous soit opposée, au moment où vous prendrez des décisions qui risquent d'être contestées localement, par les populations et par les acteurs de santé, notamment en cas de restructurations ou de fermetures. La définition de la nouvelle carte hospitalière pourrait elle-même susciter de telles contestations. Si tel était le motif de votre refus, je préférerais que cela soit dit dans cet hémicycle.

(L'amendement n° 2051 est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 84.

M. Bernard Perrut. La rédaction, issue du texte, de l'article L. 6111-3-1 du code de la sécurité sociale stipule très clairement que les hôpitaux de proximité « assurent leurs missions dans le cadre d'une responsabilité territoriale ». J'entends bien que les mots « responsabilité territoriale » s'adressent aux professionnels de santé, aux établissements et aux structures. Cela va de soi. Toutefois, lorsque l'on parle de « responsabilité territoriale », je pense aussi à ces acteurs qui sont plus proches du terrain, qui connaissent les besoins et les spécificités d'une population, de son territoire, et qui sont souvent attachés à l'histoire de ces bassins de vie, à travers leurs hôpitaux.

Cet amendement propose donc d'inscrire dans le texte qu'il est essentiel de consulter les collectivités territoriales et leurs élus locaux, lorsqu'il s'agit de définir et d'instaurer une nouvelle organisation des soins de proximité.

Votre projet, madame la ministre, ne réussira sur le terrain, dans son organisation, que si les élus sont partenaires de chaque projet dans chaque territoire. On l'a vu au cours des années passées, lors de la création des communautés hospitalières de territoire, puis de celle des groupements hospitaliers de territoires.

Si nombre de ces GHT ont réussi et sont aujourd'hui reconnus, c'est parce que les élus se sont entendus. Je citerai l'exemple d'un GHT que j'ai créé, en réunissant huit établissements, 310 000 habitants étant concernés.

Il a fallu prendre des décisions difficiles, notamment celle de fermer le bloc opératoire de l'hôpital de Tarare, situé à près d'une heure de l'hôpital de Villefranche. Il a aussi fallu faire comprendre aux habitants que nous maintenions les consultations avancées dans nos nombreuses spécialités, ainsi que les urgences, et allions créer huit filières, ouvertes à l'ensemble du territoire, ainsi que des parcours de soins. Si bien qu'aujourd'hui, sur ce territoire, nous avons pu développer huit filières, dont celle des urgences, la filière mère-enfant, la chirurgie, la gériatrie, et même la cancérologie et la psychiatrie.

J'insiste sur ce point : cette réforme ne réussira que si vous affirmez très clairement que les élus seront impliqués dans la mise en œuvre des hôpitaux de proximité.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous nous interrogez sur la façon dont les collectivités et les élus pourront être associés à cette réforme. Nous avons eu l'occasion d'en discuter en commission, à propos du présent article, mais aussi d'autres, comme l'article 10 sur les groupements hospitaliers de territoires. Peut-être madame la ministre voudra-t-elle en dire davantage. En l'état, il ne me semble pas opportun d'inscrire cette précision dans la loi. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement est largement satisfait. Les projets régionaux de santé, tout d'abord, qui auront à traiter des réorganisations et du déploiement de ces hôpitaux de proximité, sont des instances de démocratie sanitaire, dans lesquelles siègent les élus locaux. Il y a en outre, dans tous ces hôpitaux, un conseil de surveillance, présidé en général par le maire, et où siègent des élus locaux. Les décisions importantes ne peuvent être prises contre l'avis de ce conseil. Des comités territoriaux réunissant les élus locaux ont également été créés au sein des GHT, pour discuter notamment de la labellisation de tel ou tel hôpital. Les élus locaux sont ainsi réellement présents au sein des instances décisionnelles, notamment au sein des hôpitaux de proximité eux-mêmes. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Je retire mon amendement.

(L'amendement n° 84 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 149 et 2061, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 149.

M. Gilles Lurton. Je serai bref, parce que j'ai remarqué que le Gouvernement avait déposé un amendement n° 2061 qui me semble entièrement répondre à l'attente exprimée dans cet amendement. Je le retirerai donc, en fonction de la présentation qui sera faite de l'amendement du Gouvernement.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 2061.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement vise à clarifier le rôle des hôpitaux de proximité dans la prise en charge des populations en situation de vulnérabilité. Il propose un ajustement rédactionnel sur la mission partagée des hôpitaux de proximité de prise en charge des personnes vulnérables. Cette mission recouvre notamment le fait de garantir aux personnes âgées des parcours de prise en charge au plus près de chez elles, de leurs aidants et de leurs proches, avec des acteurs qu'elles connaissent, et de favoriser leur maintien à domicile. Il est précisé à l'article 8 que cette mission s'effectue en coopération avec les autres acteurs, notamment ceux de la ville et de l'hospitalisation à domicile, et en prenant évidemment en compte les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS.

Je vous propose donc une nouvelle rédaction de l'alinéa 5, qui lève toute ambiguïté quant au rôle de l'hôpital de proximité, lequel exercera donc sa mission en articulation et en complémentarité avec l'ensemble des acteurs nécessaires à sa réalisation, et qui réaffirme la place centrale du médecin traitant dans la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je suis favorable à l'amendement n° 2061, que Mme la ministre vient de nous présenter et qui satisfait l'amendement n° 149, dont je demande le retrait.

Mme la présidente. J'imagine, madame la ministre, que vous demandez également le retrait de l'amendement n° 149.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Oui, madame la présidente.

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

M. Gilles Lurton. Je retire mon amendement, comme je l'ai annoncé lors de sa présentation. Cela prouve quand même que les travaux en commission servent à quelque chose !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Effectivement !

(L'amendement n° 149 est retiré.)

(L'amendement n° 2061 est adopté ; en conséquence, l'amendement n° 1475 tombe.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert, pour soutenir l'amendement n° 1248.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Cet amendement vise à insérer un nouvel alinéa après l'alinéa 6 afin d'intégrer dans les missions des hôpitaux de proximité la notion d'indicateurs de santé, dont nous avons déjà parlé hier lorsque nous avons évoqué les orientations possibles d'un projet territorial de santé – PTS.

Il me semble important que les hôpitaux de proximité puissent répondre à une problématique de santé de territoire. Je pense, par exemple, à certains territoires où la consommation d'alcool est excessive : dans ce cas, il me paraît important que les hôpitaux de proximité proposent des consultations avancées d'addictologie. Les indicateurs de santé me semblent donc nécessaires pour structurer l'offre de premier recours.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. En effet, ma chère collègue, nous avons eu l'occasion de parler des indicateurs de santé hier, dans un autre débat. Je vous ai déjà dit que, d'un point de vue juridique, cette notion me semblait un peu floue, même si je comprends parfaitement votre idée. Bien sûr, les hôpitaux de proximité auront vocation à répondre aux besoins de leur territoire, comme cela est précisé à l'alinéa 2, qui évoque la notion de responsabilité territoriale, et à l'alinéa 8, qui dispose que ces établissements exerceront leurs activités « en fonction des besoins de la population et de l'offre de soins présente sur les territoires sur lesquels ils sont implantés ». À mon sens, votre amendement est satisfait. Je vous demande donc de le retirer ; à défaut, je lui donnerai un 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 Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je retire mon amendement. (*L'amendement n° 1248 est retiré.*)

Mme la présidente. Nous en venons à l'amendement n° 1649, sur lequel 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. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement porte sur la question de l'éloignement : il vise à prendre en compte la distance entre l'hôpital et les lieux d'habitation. J'entends bien qu'il ne peut pas y avoir des services de haute technicité – les services de cancérologie, par exemple – dans chaque bassin de vie, mais l'éloignement de certains services comme les maternités fait naître chez nos concitoyens un sentiment d'insécurité. Nous savons tous qu'il faut parfois aller à la maternité très rapidement ; si elle est éloignée, cela devient très difficile. Certains services sont fortement réclamés par la population. Nous devons donc procéder à la labellisation des hôpitaux de proximité en étudiant de très près les besoins des territoires.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. C'est le rôle des hôpitaux de proximité que de répondre aux besoins des territoires. Ils offriront les plateaux techniques nécessaires à des consultations avancées. Grâce à la clarification de leurs missions et aux investissements réalisés, ils pourront même attirer de nouveaux médecins. J'essaie de vous faire partager mon optimisme, monsieur Aviragnet !

M. Joël Aviragnet. Ce n'est pas une question d'optimisme, mais d'aménagement du territoire !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous parlons bien d'aménagement du territoire. Vous avez souligné la nécessité d'avoir une maternité près de chez soi, mais encore faut-il être certain qu'elle assure des soins de qualité en toute sécurité ! Nous avons souvent vu que des maternités assurant moins d'un accouchement par jour n'arrivent plus à embaucher de professionnels car l'intérêt du travail y paraît moindre. Quand une maternité n'est plus capable d'assurer une ligne de garde, notamment de gynécologues obstétriciens et d'anesthésistes, dont la présence est nécessaire lors des accouchements, je ne crois pas que les parturientes soient plus en sécurité que quand elles doivent parcourir quelques dizaines de kilomètres supplémentaires pour se rendre dans une maternité disposant d'un plateau technique suffisant et sécurisé. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous aurons l'occasion de parler des maternités lors de l'examen d'autres amendements, mais je tiens à rassurer M. Aviragnet : le fait de revitaliser ces hôpitaux, de réinvestir, de changer leur mode de financement et de modifier leurs pratiques internes en favorisant et formalisant leurs liens avec la médecine de ville ou des hôpitaux de recours permettra de rendre ces hôpitaux plus attractifs pour les professionnels et de favoriser l'implantation de ces derniers dans les territoires.

Aujourd'hui, nous savons que ces hôpitaux ont beaucoup de mal à recruter, qu'un grand nombre d'entre eux fonctionnent avec des intérimaires et qu'ils n'assurent pas un service pérenne sur le territoire. C'est une situation à laquelle nous voulons mettre un terme par la labellisation d'hôpitaux de proximité.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Je vous remercie, madame la présidente, d'avoir prononcé mon nom avec l'accent local, comme je l'entendais lorsque j'étais petit. Il y a longtemps que cela ne m'était plus arrivé ! (*Sourires.*)

J'entends parfaitement les arguments de M. le rapporteur et de Mme la ministre. Cependant, nos concitoyens redoutent des déplacements trop longs, et nous devons les rassurer sur ce point. Peut-être peut-on transférer les patients aux urgences par hélicoptère. Il y a encore quelque temps, j'étais maire d'un petit village de 700 habitants et je n'ai jamais vu l'hélico atterrir aussi souvent que ces dernières années ! À chaque fois qu'il atterrissait, on m'appelait. Les solutions existent, mais nous devons les prévoir et apporter des réponses concrètes aux besoins de la population pour faire retomber l'angoisse.

Je le répète : quand les gens demandent à quoi servent leurs impôts, ils n'ont rien à faire d'une présentation des dépenses de l'État, sur une feuille de papier, avec un graphique en camembert ! Puisqu'ils paient des impôts comme les autres, ils veulent avoir accès aux services comme les autres ; cette égalité passe aussi par la possibilité de se rendre dans les lieux de soins sans effectuer un déplacement trop important. Si l'on ne peut pas faire autrement, je peux le comprendre, mais nous devons apporter des réponses concrètes à nos concitoyens. On ne peut pas parler uniquement de technique, même si nous ne pouvons pas faire l'économie de ces

questions fondamentales – nous ne sommes pas sots, nous le comprenons très bien –, car la technique ne couvre pas toute la question.

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

Mme Albane Gaillot. Nous sommes bien conscients des problèmes posés par l'éloignement géographique et de la nécessité d'assurer un service public. C'est ce à quoi s'attelle l'ensemble de ce projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. Ce texte prévoit le décloisonnement, la mutualisation et la gradation des soins.

Qu'est-ce que le service public ? M. Aviragnet a rappelé que chaque personne qui paie ses impôts a le droit d'accéder au service public. Il m'est déjà arrivé d'accoucher, comme pas mal de femmes dans cet hémicycle. J'ai eu besoin d'un service de qualité, d'expertise, pour que mon enfant naisse dans de bonnes conditions et que je sois moi-même accueillie dans de bonnes conditions. (*M. Guillaume Gouffier-Cha applaudit.*) C'est l'ensemble des mesures contenues dans ce projet de loi qui permettra le décloisonnement et le bon fonctionnement de notre système de santé, ainsi que l'égalité d'accès aux soins. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Nous adhérons à l'amendement de M. Aviragnet et à son approche pragmatique de l'accès aux soins dans les territoires. J'en reviens à la disparité des situations sanitaires, que j'ai déjà évoquée : si nous n'adoptons pas une approche pragmatique, nous ne réglerons pas le problème qui, comme l'a dit M. Aviragnet, n'est pas administratif. Bien sûr, monsieur le rapporteur, on peut comprendre qu'il n'est pas possible d'offrir l'ensemble des services chirurgicaux partout en France, mais nous devons nous assurer que chaque territoire dispose d'un minimum de services publics, notamment de services sanitaires, pour faire face à ses besoins. Je voterai donc l'amendement n° 1649, qui vise à introduire à l'article 8 une « approche territoriale de la santé ».

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1649.

(*Il est procédé au scrutin.*)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	52
Nombre de suffrages exprimés	48
Majorité absolue	25
Pour l'adoption	13
contre	35

(*L'amendement n° 1649 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de neuf amendements, n°s 1490, 1631, 753 rectifié, 1632, 1546, 2062, 1866, 961 et 1584, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 2062 fait l'objet de deux sous-amendements identiques, n°s 2088 et 2094.

La parole est à M. Paul Molac, pour soutenir l'amendement n° 1490.

M. Paul Molac. Merci, madame la présidente, de m'avoir laissé le temps de regagner mon squat pour siéger aux côtés des autres membres de mon groupe, après avoir voté à la place qui m'est attribuée officiellement. (*Sourires.*)

L'amendement n° 1490 met l'accent sur les maternités. Hier soir, Mme la ministre nous a déjà apporté un certain nombre de réponses ; elle nous a dit en particulier que les hôpitaux généraux auraient une maternité, que les hôpitaux de proximité n'en auraient pas, mais que les hôpitaux généraux pourraient être de tailles diverses – il pourra donc y en avoir de plus petits – et qu'un même GHT pourrait comprendre plusieurs hôpitaux de spécialité ou plusieurs hôpitaux généraux, ce qui permettrait de maintenir un bon maillage territorial des maternités. Mme la ministre va sûrement répéter les explications qu'elle nous a déjà données hier soir et que nous écouterons évidemment avec une très grande attention.

M. Yannick Favennec Becot. Excellent !

Mme la présidente. Les amendements n°s 1631 et 1632 peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour les soutenir.

M. Pierre Dharréville. Ces deux amendements de repli visent à inclure un certain nombre de disciplines dans la liste des activités pratiquées dans les hôpitaux de proximité.

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 753 rectifié.

Mme Emmanuelle Ménard. Cet amendement vise à prendre en compte la réalité du terrain, afin qu'une femme sur le point d'accoucher, par exemple, n'ait pas une heure ou parfois une heure et demie de route à faire pour rejoindre une maternité.

Je ne propose pas ici de créer des hôpitaux de proximité « de seconde zone » – j'en profite pour dire à Mme Audrey Dufeu Schubert, qui m'interpellait à ce sujet hier soir, que cette expression n'est pas de moi mais qu'elle reflète l'inquiétude de certains maires membres de l'Association des maires de France –, mais des hôpitaux de première catégorie et de proximité, au rendez-vous avec les patients.

Il faut que ces hôpitaux de proximité soient dotés, au minimum, d'une présence médicale, d'un service de biologie et de radiologie, d'une maternité – je vous rappelle qu'en vingt-deux ans, nous avons perdu 61 % de nos maternités, alors que notre taux de natalité reste relativement stable –, ainsi que d'un service de petite chirurgie capable d'apporter les premiers soins – il aura également le mérite d'éviter l'engorgement des urgences des plus gros hôpitaux. Naturellement, il faut prévoir un nombre de lits permettant d'accueillir les patients, si nécessaire, car cela fait aussi partie des critères d'un système de santé de qualité. Nous sommes encore loin du compte puisqu'en 2015, on ne comptait que six lits pour 100 000 habitants. Nous devons évidemment y remédier.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement n° 1546.

M. Jean-Carles Grelier. Mon amendement étant satisfait, je le suis aussi ! Je le retire donc.

(*L'amendement n° 1546 est retiré.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 2062 qui fait l'objet de deux sous-amendements identiques, n°s 2088 et 2094.

Sur l'amendement n° 2062, 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 la ministre, pour soutenir l'amendement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement gouvernemental permet de répondre à tous les amendements précédents. Il tend à permettre au directeur général de l'ARS d'autoriser, à titre dérogatoire, les hôpitaux de proximité à pratiquer certains actes chirurgicaux ciblés.

Vous aviez en effet été nombreux, lors de l'examen du texte en commission des affaires sociales, à nous faire part de votre volonté que ces hôpitaux de proximité puissent, dans certains cas, continuer à pratiquer certains actes de chirurgie. En réalité, du fait de leur autorisation de médecine, ces hôpitaux de proximité peuvent déjà réaliser de nombreux actes techniques proches de la chirurgie, comme les endoscopies à visée tant thérapeutique que diagnostique ou les rhinoscopies. Dès lors qu'ils disposent des moyens matériels et humains nécessaires, les hôpitaux de proximité pourront, à l'évidence, réaliser ces actes.

Je citerai à cet égard le centre hospitalier de Paimpol, dans les Côtes-d'Armor, qui est selon moi l'anticipation d'un futur hôpital de proximité : bien qu'il ne soit pas doté d'une autorisation de chirurgie, cet hôpital pratique des endoscopies digestives sous anesthésie et divers actes techniques, dont le traitement aigu des plaies chroniques.

Avec cet amendement, j'ai souhaité, sans remettre en place une autorisation de chirurgie pour tous ces hôpitaux de proximité – qui resteraient dans ce cas des hôpitaux généraux –, ouvrir la possibilité de dérogations pour certains actes très ciblés, notamment en cas d'offre insuffisante sur un territoire.

Je reste convaincue que nous devons permettre à ces établissements de se concentrer réellement sur les activités de proximité. C'est la raison pour laquelle ils ne doivent pas être autorisés en obstétrique et en chirurgie, spécialités qui nécessitent des plateaux techniques lourds. Il importe peu, à cet égard, que la chirurgie soit ambulatoire ou non, car la chirurgie ambulatoire est désormais devenue très lourde et nécessite exactement les mêmes moyens techniques.

Toutefois, sur des territoires où l'offre fait défaut et à titre exceptionnel, il peut apparaître nécessaire de permettre à un hôpital de proximité d'assurer certains actes précis de nature chirurgicale. Cette dérogation que je vous propose doit être strictement encadrée, afin de garantir au patient la qualité et la sécurité des soins qui lui sont dues et auxquelles je sais que vous êtes, comme moi, très attachés.

Il s'agira donc d'actes ciblés impliquant des procédures courtes et standardisées, à faible niveau de risque – je pense en premier lieu à des interventions pouvant être réalisées, dans de nombreux cas, sous anesthésie locale, comme l'opération de la cataracte, l'IVG instrumentale ou le traitement de certaines lésions du col de l'utérus. Cette liste, établie au niveau réglementaire, sera validée par la Haute Autorité de santé et la dérogation sera accordée au cas par cas, en fonction des besoins du territoire, par le directeur

général de l'ARS. Il ne s'agit donc ni d'autoriser les hôpitaux de proximité en chirurgie, ce qui ne serait pas légitime et va à l'encontre de la réforme, ni de les enfermer artificiellement dans le non-technique lorsqu'ils ont les capacités d'assurer certains actes précis qui peuvent faire sens dans les territoires.

Mme la présidente. Sur les sous-amendements identiques n°s 2088 et 2094, 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 Gisèle Biémouret, pour soutenir le sous-amendement n° 2088.

Mme Gisèle Biémouret. Le groupe Socialistes et apparentés souhaite, avec ce sous-amendement, éviter de réduire les marges de manœuvre des hôpitaux en fonction des territoires. En effet, si des difficultés peuvent survenir et s'il peut se révéler impossible d'effectuer certains actes, les choses peuvent aussi s'améliorer. Je veux, sur ce point, partager l'optimisme du rapporteur – et je souhaite, du reste, que ce soit le cas pour mon hôpital. Ce sous-amendement vise donc à éviter de restreindre les soins qui pourraient être pratiqués.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq, pour soutenir le sous-amendement n° 2094.

M. Jean-Paul Lecoq. Vous conviendrez, je suppose, que l'hôpital de proximité ne peut pas être le reflet d'un système de santé à deux vitesses. Il doit être au service d'un meilleur maillage territorial du service public hospitalier et d'une amélioration de l'accès aux soins pour nos concitoyens. C'est pourquoi nous proposons, avec ce sous-amendement à l'amendement du Gouvernement, que les hôpitaux de proximité puissent également assurer, à titre principal, des activités de chirurgie et d'obstétrique.

En quarante ans, nous avons perdu, comme cela a déjà été dit, les deux tiers de nos maternités. Dans le même temps, nombre de services d'urgence sont transformés en centres de soins non programmés. Il faut arrêter cette hémorragie et faire grandir l'idée d'un service public hospitalier.

Pour ce qui concerne les maternités, beaucoup de choses peuvent être travaillées. Nous avons ainsi fait les comptes à l'hôpital du Havre et dans les maternités environnantes : il y a parfois plus de technicité chez les sages-femmes de petites maternités que dans le groupe des sages-femmes de l'hôpital du Havre, dont chacune accomplit moins d'actes que celles qui exercent seules ou à deux dans une maternité plus petite. La technicité étant, comme vous le dites parfois, madame la ministre, proportionnelle au nombre d'actes, on peut défendre cette idée de maternités de proximité et l'hôpital de proximité doit pouvoir permettre cette pratique.

Il faut pouvoir mailler le territoire. Ne pas le faire reviendrait en quelque sorte à interdire à toute femme en situation de pré-accouchement de se rendre à l'hôpital de proximité et à lui imposer le risque d'aller en voiture à l'hôpital général. Il y a tout de même une obligation d'assistance ! Ne vaut-il pas mieux avoir le choix et, même s'il y a aussi un risque, n'est-il pas moins risqué d'accoucher dans un hôpital de proximité que dans sa voiture ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Justine Benin, pour soutenir l'amendement n° 1866.

Mme Justine Benin. Nous avons eu en commission une discussion sur la possibilité d'autoriser les hôpitaux de proximité à pratiquer des actes de petite chirurgie. Mme la ministre, qui nous avait dit qu'elle reviendrait sur cette question, a tenu ses engagements. Étant donné que l'amendement n° 2062 du Gouvernement fera tomber le mien, je le retire.

(L'amendement n° 1866 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour soutenir l'amendement, n° 961.

M. Jean-Carles Grelier. Madame la ministre, dans ce grand et beau pays qu'est la France, il n'y a pas deux villages, deux villes qui se ressemblent, pas deux territoires qui soient identiques et connaissent exactement les mêmes conditions. C'est la raison pour laquelle vous avez pris l'engagement de ne pas fermer d'hôpitaux.

Toutefois, nos compatriotes qui vivent sur ces territoires aimeraient aussi entendre que tous les services de chirurgie et d'obstétrique ne seront pas nécessairement fermés. Vous avez fait une ouverture en ce sens, à propos de la chirurgie, avec l'amendement du Gouvernement.

L'amendement n° 961, présenté au nom du groupe Les Républicains, vise quant à lui à vous inviter à une ouverture similaire pour l'obstétrique : il s'agirait de prévoir que, dans des conditions particulières, liées notamment au temps de transport, et lorsque la sécurité des parturientes pourrait être assurée dans de bonnes conditions,...

M. Jean-Paul Lecoq. Exactement !

M. Jean-Carles Grelier. ...on puisse envisager aussi, à titre dérogatoire et par voie d'autorisation de l'ARS, le maintien d'une maternité ou d'un service d'obstétrique, y compris dans un hôpital de proximité.

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement, n° 1584.

Sur cet amendement, 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 Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement.

Mme Gisèle Biémouret. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur l'ensemble des amendements en discussion commune ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La commission a émis un avis favorable sur l'amendement n° 2062 du Gouvernement et défavorable sur les sous-amendements identiques n° 2088 et 2094, qui supprimeraient toute distinction entre les hôpitaux de proximité et les hôpitaux généraux de recours. Elle a également émis un avis défavorable sur tous les autres amendements en discussion commune, qui traitent des mêmes thématiques que l'amendement n° 2062, lequel me semble plus satisfaisant.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. Jean-Paul Lecoq. Quel dogmatisme !

Mme la présidente. La parole est à M. Bruno Fuchs.

M. Bruno Fuchs. Madame la ministre, je vous remercie pour cet amendement n° 2062, qui permettra à un certain nombre d'hôpitaux et d'établissements de santé d'exercer au bénéfice de nos territoires et de nos concitoyens. Le deuxième alinéa du texte que votre amendement tend à inscrire dans la loi prévoit que « le ministre chargé de la santé » – peut-être aurait-il fallu écrire : « la ministre » – « fixe par arrêté la liste limitative des actes concernés pouvant intégrer ces dérogations ». Intégrez-vous dans la liste que vous vous apprêtez à publier la médecine d'urgence, prévue aujourd'hui à l'article R. 6123-1 du code de la santé publique, lequel stipule, pour le dire simplement, que les établissements spécialisés ne peuvent plus exercer la médecine d'urgence de façon spécialisée et doivent être regroupés dans des établissements d'urgence généraux ?

Vous avez cité Paimpol, mais il existe dans la circonscription dont je suis élu, à Mulhouse, un établissement qui pratique la médecine d'urgence : SOS Mains, qui bénéficie à un territoire très large, de plus de 150 kilomètres – on y vient de Strasbourg, d'Allemagne ou de Suisse. Cet établissement est aujourd'hui menacé, car on lui demande de rejoindre un service d'urgences générales. Intégrez-vous dans votre liste de tels établissements très spécialisés qui pratiquent de médecine d'urgence ? En l'occurrence, avec 5 000 actes par an, l'établissement que j'ai cité ne rencontre pas de difficultés particulières dans l'exercice de cette activité.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. Monsieur Lecoq, vous avez évoqué les maternités, mais les chiffres sont têtus : mécaniquement, avec des limites fixées à 500 ou 1 000 accouchements par an, compte tenu des effets de seuil, qui s'ajoutent au décret relatif à la périnatalité, on trouve, dans les maternités où les accouchements sont peu nombreux, des personnels surnuméraires. Ainsi, plus le personnel est nombreux, moins chaque sage-femme pratique d'accouchements. Les chiffres ne mentent pas : il n'y a pas plus de compétence.

Une anecdote à ce propos : pour m'être occupée très activement de la maternité du golfe de Saint-Tropez – qui, contrairement à ce qu'on entend dire régulièrement dans cet hémicycle, n'est pas plus dotée en médecins que d'autres –, je puis vous dire qu'une solution trouvée en concertation avec le personnel a précisément consisté à multiplier les lieux d'exercice, afin que les sages-femmes continuent à pratiquer beaucoup plus d'accouchements et d'actes techniques et opèrent en sécurité au sein de la maternité.

M. Jean-Paul Lecoq. Donc, vous n'avez pas fermé la maternité : merci de le confirmer !

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

M. Pierre Dharréville. Permettez-moi de citer les propos d'Annick Gombert, maire du Blanc : « Avec l'argument économique – la pénurie de médecins –, celui de la sécurité est avancé presque systématiquement par les pouvoirs publics pour fermer. Jusqu'alors, aucun accident n'avait été déploré ; or, depuis la fermeture, nous avons connu notre premier accouchement au bord de la nationale. » On pourrait donner d'autres exemples de ce type et il me semble en avoir rencontré un, voilà quelque temps, à la maternité de Saint-Claude – en tout cas, dans le Jura –, lors de notre tour de France des hôpitaux.

Madame la ministre, vous avez dit à plusieurs reprises que vous n'aviez pas de carte hospitalière cachée. Je vous ferai donc cadeau d'une carte que j'ai trouvée dans *L'Humanité* : ...

M. Thomas Mesnier. Attention à vos lectures !

M. Pierre Dharréville. ...celle des hôpitaux de territoire en danger, qui n'est sans doute pas complète, mais dresse la liste d'un certain nombre d'hôpitaux refusant le déclassement qui leur est déjà promis. Cette liste a été élaborée notamment sous l'égide de l'Association des maires de France et de Nicolas Sansu, maire de Vierzon, qui refusent une logique qui viserait à réduire l'offre de soins sur certains territoires. J'espère que cette carte ne servira pas de matrice à celles qui se construiront dans l'avenir pour établir le maillage de l'offre de soins sur notre territoire.

M. Jean-Paul Lecoq. On va vous l'offrir. Comme ça, vous en aurez une !

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Marilossian.

M. Jacques Marilossian. Comme nous étudions le secteur de la santé, j'ai voulu le tester : j'ai donc fait un exercice qui m'a valu une fracture de la clavicule. Après tout ce que j'ai entendu depuis le début de la semaine, je veux témoigner que le système de santé français marche bien.

M. Jean-Paul Lecoq. Jusqu'à maintenant.

M. Jacques Marilossian. Contrairement à ce que d'aucuns pensent, on nous l'envie dans le monde entier, notamment en Europe !

Certes, tout n'est pas parfait. Certains de nos collègues évoquent les problèmes d'éloignement par rapport aux maternités. Soyons très précis : il existe plusieurs types de maternité – type 1, type 2 et type 3. Mon épouse et moi avons eu l'occasion d'expérimenter une maternité de type 3 : je vous assure que prendre en charge des enfants très grands prématurés n'est pas facile et je peux témoigner de la qualité du système français dans ce cas.

Soyons raisonnables. Nous avons eu connaissance de cartes montrant la répartition des maternités selon leur type. La question de la sécurité, monsieur Dharréville, n'est pas un simple argument : c'est vraiment une problématique très forte. Une maternité qui pratique moins de 150 ou 200 accouchements fait courir des risques. Aujourd'hui, il y a vraiment beaucoup plus de risques à maintenir une maternité qui ne tourne pas, qui n'a pas toutes les compétences, que de faire vingt minutes ou une demi-heure de plus pour se rendre dans la bonne maternité.

N'oublions pas qu'avec les progrès de la science, il est possible de programmer un très grand nombre d'accouchements. Les cas où un accouchement pourrait se faire par hasard sur la route, même s'il peut exister, se comptent sur les doigts des deux mains, à comparer avec les 800 000 accouchements annuels. Nous devons y faire attention dans le débat : oui aux maternités, mais pas n'importe comment, et les hôpitaux de proximité n'ont pas à prendre le risque d'avoir des services d'obstétrique.

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

M. Paul Christophe. Madame la ministre, vous avez compris, lors de nos débats en commission, que nous avons une vraie inquiétude concernant la vision trop administrative de nos territoires et de l'offre de soins que

vous proposez pour les hôpitaux de proximité. Votre texte corrobore les propos que vous avez tenus lors de cette commission, qui visent à introduire par amendement un certain nombre de modifications. Nous reconnaissons que vous avez tenu compte de nos arguments concernant cette inquiétude relative à l'offre de soins. L'amendement que vous proposez répond à nos attentes, raison pour laquelle le groupe UDI, Agir et indépendants le soutiendra et s'abstiendra sur les amendements proposés par nos collègues.

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

Mme Gisèle Biémouret. Je veux saluer le travail effectué au quotidien dans tous les hôpitaux, en particulier dans les hôpitaux dits de proximité, qui sont les plus menacés. Les personnels soignants et les médecins font des efforts extraordinaires. Dans l'hôpital que je suis depuis des années, l'on demande régulièrement au personnel de présenter des projets : il passe des heures et des jours à les préparer mais ces projets ne voient jamais le jour – je me fais leur porte-parole. Tous, que nous soyons élus, habitants, usagers ou personnels de ces hôpitaux, nous refusons d'avoir moins que ce que nous avons aujourd'hui. Avec ces amendements, nous tentons de préserver tout à la fois ce que nous avons et l'avenir de ces hôpitaux. (*Mme Caroline Fiat applaudit.*)

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

Mme Caroline Fiat. Lors de la mission sur la situation des EHPAD – établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes –, nous nous sommes rendus aux Pays-Bas et au Danemark : ils ont été choqués par notre ratio soignants-soignés. Je ne pense pas que, sur ces points, ces deux pays européens nous envient !

Concernant les hôpitaux, il faut rappeler, comme Mme Biémouret l'a fait, que nous parlons de personnels en souffrance, en sous-effectif, en burn-out ; nous évoquons régulièrement le suicide des soignants. Ces choses ne sont pas anodines !

Je veux appuyer mon collègue Pierre Dharréville, qui a cité l'exemple de la maternité du Blanc. Madame la ministre, vous êtes certainement au courant de la naissance du petit Anatole, dans la nuit de lundi à mardi. Ses parents, après s'être rendus à l'hôpital de Poitiers, ont été renvoyés chez eux et sa mère a accouché à la maison. Depuis la fermeture de cette maternité, trois accidents se sont produits.

La maternité de Mont-Saint-Martin, près de chez moi, connaîtra peut-être le même sort. Son personnel, je suis au regret de vous l'annoncer, cherche à partir et envoie des CV. Nous allons perdre nos personnels de santé français, qui partent en Belgique. Ils ont certes gagné encore un an mais ils savent qu'ils ont une épée de Damoclès au-dessus de leur tête : ils en ont peur et ne veulent pas se retrouver sans rien, donc ils vont partir. Je peux vous annoncer que, dans un an, vous direz qu'il n'y a plus de personnel dans cette maternité et qu'il faut la fermer. Mais c'est parce que vous les aurez poussés à partir en ne cessant de leur répéter qu'elle fermera peut-être dans six mois ou dans un an !

Il est quand même terrible d'entendre que nos jeunes Mosellans iront naître en Belgique, d'autant que rien n'est prévu pour que ces petits Européens qui naîtront en Belgique soient reconnus Français. Cela fera beaucoup de paperasse administrative et coûtera plus cher qu'un service de maternité ! (*M. Ugo Bernalicis applaudit.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Je regrette que le sujet des maternités, qui mobilise tout le monde, soit souvent présenté sous une forme très inquiétante. Il est systématiquement présenté sous l'angle de la peur : peur de la distance, peur de l'éloignement. Je souhaite donc recentrer ce sujet sur l'essentiel. Une maternité est d'abord au service des femmes et des enfants. C'est un enjeu très fort pour les communes, mais il porte avant tout sur la sécurité des femmes et surtout des enfants.

Pour assurer la sécurité d'un enfant, il faut un endroit où il sera pris en charge le mieux possible. C'est pour cela, et je le vis chez moi, que beaucoup de femmes choisissent d'accoucher dans des CHU ou des CHR, qui disposent de services de réanimation pédiatrique : elles se disent que, si, jamais, il y a un pépin pour leur enfant, il sera immédiatement pris en charge. Il est donc possible d'envisager les choses de façon très différente.

J'aimerais également que l'on arrête de présenter la grossesse comme un risque imminent et permanent : la grossesse n'est pas maladie ! Il faut qu'elle se passe le mieux possible mais il faut la replacer dans son contexte : il s'agit d'un événement de la vie. Certes, il nécessite la plus grande attention mais il faut arrêter de susciter la peur. La distance n'est en rien une insécurité : la sécurité repose avant tout sur la bonne organisation pour les mères et pour les enfants. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.)*

Mme la présidente. La parole est à M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Certains craignent que les hôpitaux de proximité ne soient déclassés. Je crois au contraire que le présent texte opère une transformation profonde de notre système, avec une hiérarchisation et une coordination du parcours de soins, avec un niveau de recours ; c'est du moins la lecture que j'en fais. Même pour les territoires les plus en difficulté, cette disposition apporte une véritable lisibilité du parcours de soins, avec un recours, avec une coordination avec le médecin traitant au cœur du dispositif et avec un niveau de soins de qualité et sécurisé. Ces éléments doivent être défendus avec élan plutôt qu'avec angoisse ou réticence.

(Les amendements n° 1490, 1631, 753 rectifié et 1632, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix les sous-amendements identiques n° 2088 et 2094.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	59
Nombre de suffrages exprimés	54
Majorité absolue	28
Pour l'adoption	16
contre	38

(Les sous-amendements identiques n° 2088 et 2094 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 2062.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	60
Nombre de suffrages exprimés	52
Majorité absolue	27
Pour l'adoption	52
contre	0

(L'amendement n° 2062 est adopté et les amendements n° 961, 1584, 1675, 150, 965, 1417, 1965, 1676, 1493 et 1864 tombent.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert, pour soutenir l'amendement n° 1249.

Mme Audrey Dufeu Schubert. L'objet de cet amendement est de spécifier, dans les missions des hôpitaux de proximité, l'activité et la filière de gériatrie et de gérontologie. Les missions qui ont été ajoutées récemment sont bien détaillées ; cependant, il manque la filière de gériatrie, qui fera pourtant partie des principales missions des hôpitaux de proximité. La population vieillit et l'accroissement de la longévité augmentera la prévalence de pathologies chroniques ; l'hôpital de demain devra prendre en compte le vieillissement. Il me semble vraiment important de l'inscrire dans le texte.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La philosophie de ces hôpitaux de proximité est d'assurer des activités de gériatrie pour mieux prendre en charge les populations âgées du territoire, qui vivent souvent à domicile – il faut les y maintenir le plus longtemps possible. Il est d'ailleurs essentiel que les hôpitaux de proximité travaillent en symbiose avec les EHPAD.

Comme il n'est pas utile d'inscrire les activités de gériatrie dans la loi, je vous demande le retrait de cet amendement, sinon l'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 Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Vous me demandez, monsieur le rapporteur, de retirer mon amendement mais il me semble que nous avons spécifié dans le texte d'autres activités telles que la périnatalité ou les urgences. Or la gériatrie est une spécialité à part entière : j'aimerais donc comprendre votre position.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Le Gouvernement a souhaité spécifier la possibilité de services d'urgences ainsi que de centres de péri- ou de postnatalité, justement pour répondre à l'enjeu des maternités. En revanche, les services de gériatrie sont déjà inclus dans les activités de services de médecine : les préciser serait donc redondant. La gériatrie fait partie des services de médecine polyvalente ou de soins de suite : elle est donc, je le répète, déjà comprise dans le texte.

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

Mme Caroline Fiat. Je viens à l'appui de l'amendement de notre collègue Audrey Dufeu Schubert. Pourquoi parler de périnatalité ou des urgences, mais pas de gérontologie ? Ce

n'est pas un gros mot ! La gérontologie est régulièrement rangée dans la case médecine alors que c'est une spécialité et qu'il existe des gérontologues. Toute la gérontologie ne se gère pas dans les services de médecine. Il en va de même pour les soins palliatifs.

Je le répète : la gérontologie est une véritable spécialité. Il ne s'agirait pas de faire des services de médecine le fourre-tout de l'hôpital : tous les soignants le savent très bien. Je soutiendrai donc cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Pouvez-vous nous dire exactement ce que recouvrent les termes de péri- et de postnatalité, afin que nous puissions l'expliquer à nos concitoyens ?

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

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je retire mon amendement, ...

Mme Caroline Fiat. Non !

Mme Audrey Dufeu Schubert. ... parce que nous pourrions profiter de l'examen du projet de loi relatif au grand âge et à l'autonomie pour restructurer les parcours de proximité qui sont, à mon avis, essentiels.

Mme Caroline Fiat. Je le reprends !

(L'amendement n° 1249 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Delphine Bagarry, pour soutenir l'amendement n° 1513.

Mme Delphine Bagarry. Cet amendement va dans le même sens que le précédent, en précisant que les hôpitaux de proximité pourront également dispenser des soins palliatifs. Quel meilleur endroit pour assurer ces soins que près de la famille et du domicile du patient ? Malheureusement, les lits de soins palliatifs ne sont pas assez reconnus et exigent un certain financement.

Ce serait une belle reconnaissance de cette activité, qui s'exerce au quotidien, que de l'assurer dans le cadre des hôpitaux de proximité, au même titre que la gérontologie. Ils représentent même la meilleure structure pour assurer cette activité.

Mme la présidente. Sur l'amendement n° 1513, 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.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Comme la gériatrie, les soins palliatifs sont déjà visés par la rédaction actuelle du projet de loi et du plan « ma santé 2022 ». Ils peuvent être assurés par les services de médecine – il s'agit, madame Fiat, de la médecine au sens large, par opposition aux services de chirurgie et d'obstétrique. Le terme englobe les différentes spécialités que vous avez évoquées : non seulement la gériatrie et la gérontologie, mais aussi les soins palliatifs et toutes les autres spécialités médicales.

Les soins palliatifs peuvent également être assurés par des équipes de soins mobiles – c'est d'ailleurs souvent le cas, car cela permet aux patients d'être suivis à domicile dans les derniers instants de leur vie.

Les soins palliatifs étant donc déjà visés par les alinéas 7 et 8 de l'article, au titre des services de médecine en intra-hospitalier et des équipes mobiles en extra-hospitalier, je vous demande de retirer cet amendement, sinon l'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 Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Les soins palliatifs ne sont évidemment pas dispensés uniquement dans les services de médecine. Ils le sont ainsi à l'hôpital de Riez, commune de ma circonscription des Alpes-de-Haute-Provence, qui compte 1 800 habitants, y compris dans les services de soins de suite et dans l'EHPAD qui y est rattaché.

Les soins palliatifs donnent lieu à des financements fléchés. Or les hôpitaux de proximité ne sont pas assez reconnus en la matière et les financements ne sont pas assez fléchés en direction des lits dédiés dans ces établissements. On peut évidemment recourir à une équipe mobile de soins palliatifs. Je ne vois pas pourquoi, toutefois, les services de périnatalité et de postnatalité seraient explicitement mentionnés par la loi contrairement à ceux de gérontologie et de soins palliatifs, alors que ces missions sont, au même titre que les urgences, systématiquement assurées par ces hôpitaux.

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

M. Pierre Dharréville. Il est sans doute nécessaire de compléter la liste, comme le demandent ces amendements, afin d'élargir le champ d'intervention des hôpitaux de proximité, ou, en l'occurrence, au moins de le préciser.

On l'a dit, la gériatrie nécessite une attention particulière, notamment dans la manière dont on accueille ces patients dans les hôpitaux : cette précision n'est donc pas inutile. Quant aux soins palliatifs, on sait très bien que notre pays doit investir fortement dans cette activité pour rattraper notre retard dans ce domaine. Inscrire explicitement dans la loi que nous allons développer les services de soins palliatifs dans les hôpitaux sur tout le territoire ne serait franchement pas un luxe, même si des équipes mobiles assurent ces soins jusque dans les EHPAD. Il est absolument nécessaire que nous élevions le niveau de la prise en charge en soins palliatifs dans notre pays.

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

Mme Caroline Fiat. Monsieur le rapporteur, il va falloir m'expliquer pourquoi le texte ne mentionnerait pas la gériatrie ou la gérontologie sous prétexte que les services de médecine engloberaient toutes les activités, alors que les services de périnatalité et de postnatalité y sont explicitement distingués. Pourquoi une telle différence ?

Les soins palliatifs sont vraiment une chose importante, qui ne concerne pas, du reste, que les personnes âgées. Ils bénéficient, c'est vrai, d'un ratio soignants-soignés très favorable : est-ce la raison pour laquelle on refuse d'introduire cette précision dans le texte ? À l'occasion de l'examen de ma proposition de loi relative à l'euthanasie, nous avons

beaucoup parlé des soins palliatifs et de la loi Claey-Leonetti, dont la mise en œuvre suppose l'ouverture d'un grand nombre de services de soins palliatifs.

J'en profite pour dire que je suis désolée du fait que, contrairement à ce qui était prévu, le projet de loi bioéthique n'évoquera pas le sujet de l'euthanasie. (*Applaudissements sur les bancs du groupe FI.*)

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

M. Gilles Lurton. Je voterai cet amendement. La loi Claey-Leonetti, que nous avons adoptée sous le quinquennat précédent, fait du développement des soins palliatifs dans tous les services hospitaliers et même à domicile un objectif prioritaire. Or nous en sommes encore très loin, en dépit des plans décidés à l'époque et des financements afférents. Je pense qu'il y a beaucoup à faire en la matière et introduire dans la loi une telle précision me paraît, de ce point de vue, une bonne chose.

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

M. Paul Molac. Je ne vois pas bien en quoi cet amendement pose problème puisque même de petits hôpitaux dispensent déjà des soins palliatifs. Ainsi, dans ma circonscription, l'hôpital de Malestroit assure des soins de suite et de la rééducation. Il a perdu son plateau technique de chirurgie et sa maternité, mais dispense des soins palliatifs. Si l'hôpital de proximité n'assure pas de tels soins, on ne va pas faire 140 kilomètres pour accompagner le passage dans l'autre monde de ses parents ou de ses grands-parents !

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

M. Paul Christophe. Nous allons soutenir cet amendement. La question des soins palliatifs est un vrai sujet et nous souhaitons que cette activité soit sécurisée par son inscription dans le texte définitif.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. S'agissant de spécialités telles que les soins palliatifs, nous touchons, là encore, un sujet éminemment sensible, puisqu'il s'agit de l'accompagnement des derniers moments de la vie. Je voudrais cependant faire observer qu'à force de vouloir énumérer tous les domaines particulièrement sensibles ou sur lesquels nous sommes forcément très mobilisés, nous risquons de louper le coche. La loi ne pourra jamais prévoir de façon exhaustive toutes les missions des hôpitaux de proximité.

La notion de médecine est une notion large susceptible de recouvrir par sa souplesse toute une gamme de soins. Si les activités de périnatalité ou de postnatalité sont explicitement désignées par le texte, c'est parce que la gynécologie obstétrique constitue une offre de soins particulière, distincte du domaine de la médecine, en ce qu'elle peut impliquer, notamment, le recours à la chirurgie.

Je voudrais lever les inquiétudes : ce n'est pas parce qu'on les englobe dans un terme plus large qu'on oublie des offres de soins qui sont fondamentales et qui sont déjà bien assurées par les hôpitaux de proximité. Il faut laisser à ceux-ci un peu de souplesse pour définir la façon dont ils le font.

Je demande une suspension de séance.

Mme la présidente. Je ne crois pas, madame la députée, que vous soyez habilitée à la demander pour votre groupe.

La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Je veux dire à ma collègue que nous ne sommes pas là pour débattre de ce qu'est la médecine. Quand je vous parle du service de maternité, c'est pour exprimer des préoccupations locales : c'est bien pour ça que nous sommes là !

C'est aussi la raison pour laquelle nous voterons en faveur de cet amendement. Il s'agit d'un sujet auquel nous sommes tous confrontés. Certains sont peut-être plus importants que d'autres, mais nous sommes quand même là pour répondre aux inquiétudes de la population et non pour nous cantonner dans un débat médico-médical !

Mme la présidente. C'est à Mme Gaillot qu'il appartient de demander une suspension de séance pour le groupe La République en marche.

Mme Albane Gaillot. Je ne le souhaite pas.

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

M. Pascal Brindeau. Il est tout à fait légitime qu'on veuille que la loi désigne explicitement les activités médicales les plus sensibles, qui doivent être assurées au plus près de nos concitoyens. Utiliser le terme générique de « médecine » sous prétexte qu'il serait suffisamment souple pour s'adapter aux spécificités territoriales, c'est, dans les faits, laisser la main aux ARS pour décider dans chaque cas si telle ou telle spécialité médicale sera maintenue ou supprimée, et cela, la représentation nationale ne peut pas l'accepter.

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

Mme Michèle de Vaucouleurs. La question posée est celle des moyens. Que la notion de médecine inclue les soins palliatifs, pourquoi pas ? Les soins palliatifs nécessitent des moyens spécifiques et du personnel en nombre important, pour assurer des conditions d'accompagnement satisfaisantes. Je pense que c'est ce qui préoccupe d'abord les auteurs de l'amendement : les hôpitaux de proximité comporteront-ils des unités de soins palliatifs, avec tout ce que cela implique en termes de moyens ?

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Marilossian.

M. Jacques Marilossian. Si, en ce qui concerne les services d'obstétrique et de maternité, il faut privilégier la sécurité par rapport à la proximité, en revanche, s'agissant des soins palliatifs, sujet d'une particulière gravité, la population pourrait nous demander de prendre en considération la proximité. Prévoir que les hôpitaux de proximité dispensent des soins palliatifs me semble correspondre aux nécessités de l'époque.

Mme la présidente. La parole est à M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Je comprends le sens de l'amendement et des positions qui s'expriment à propos des soins palliatifs. Cela dit, l'amendement n°2061, qui vient d'être adopté, me semble répondre aux interrogations puisqu'il dispose que les hôpitaux de proximité « favorisent en liaison avec leur médecin traitant la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie ». Si cela ne répond pas en tout point à une prise en charge palliative, voire gériatrique, des personnes en état de vulnérabilité, qu'est-ce donc ? D'autant qu'il est aussi question d'équipes mobiles. Il me

semble donc que cette demande est satisfaite. Il est certes toujours possible de parler des soins palliatifs, mais je ne pense pas que ce soit l'objet de nos discussions d'aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, la prise en charge sera réelle, effective, comme c'est d'ailleurs le cas dans ces hôpitaux actuellement.

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

Mme Emmanuelle Ménard. S'agissant des soins palliatifs, il faut de toute évidence privilégier la proximité. Lorsqu'un décès est imminent, la vie de la cellule familiale continue, et elle ne peut pas cesser toute activité. La proximité constitue donc un facteur clé pour bien accompagner la personne qui s'apprête à partir.

Selon moi, la question des moyens ne se pose pas. Il existe de nombreux exemples, mais je prendrai évidemment celui de ma circonscription : à Béziers, nous ne disposons pas d'une unité de soins palliatifs mais d'un médecin dédié qui passe dans tous les services de l'hôpital en fonction des besoins, rencontre les familles, accompagne les personnes en fin de vie. Contrairement à ce que j'ai entendu dire, les soins palliatifs ne nécessitent pas des moyens spécifiques importants.

Telles sont les précisions que je souhaitais apporter.

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

Mme Caroline Fiat. Le sujet est important. Nous demandons une suspension de séance de dix minutes.

Mme la présidente. Cinq minutes, plutôt ?

Mme Caroline Fiat. Depuis le début de la semaine, les suspensions de séance demandées par le groupe La République en marche sont de dix minutes. Exceptionnellement, nous souhaitons qu'il en soit de même avec notre groupe.

Mme la présidente. Puisque vous avez souhaité prendre la parole, madame la ministre, je précise que je vous la donnerai après la suspension de séance.

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

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

Mme la présidente. La séance est reprise.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ces débats sont en effet importants ; c'est pourquoi j'ai souhaité que les missions des hôpitaux de proximité soient inscrites et que nous en discutions. Si j'ai émis un avis défavorable sur l'inscription des soins palliatifs, c'est non pas parce que ce sujet ne me tiendrait pas à cœur – au contraire, je trouve que nous avons du retard à combler en la matière dans notre pays, et j'y travaille – mais parce que cela relève des activités de médecine et que c'est donc inclus dans la définition qui en est donnée pour les hôpitaux de proximité.

Comprenant toutefois parfaitement que vous souhaitiez l'inscription des soins palliatifs dans les missions optionnelles, je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée.

M. Gilles Lurton. Très bien !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous gagnerons tous à ce que cette activité soit inscrite, même si elle reste optionnelle puisque certains territoires n'en ont pas obligatoirement besoin. Voilà pourquoi je souhaitais m'exprimer avant la suspension de la séance, madame la présidente : je voulais rassurer tout le monde ! *(Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM, LR, MODEM et UDI-Agir.)*

Mme la présidente. Vous aviez en effet demandé la parole mais la priorité allait à la députée ayant demandé une suspension de séance.

Je mets aux voix l'amendement n° 1513.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	50
Nombre de suffrages exprimés	49
Majorité absolue	25
Pour l'adoption	49
contre	0

(L'amendement n° 1513 est adopté.) (Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM, LR, MODEM et UDI-Agir.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs, pour soutenir l'amendement n° 1867.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Défendu.

(L'amendement n° 1867, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 850.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Lors de la présentation du plan « santé 2022 », le Président de la République a évoqué une gouvernance forte pour les hôpitaux de proximité. Quel sera leur degré d'autonomie ? Il est important qu'ils agissent comme passerelle entre la médecine de ville et les GHT. La ministre pourrait-elle nous préciser les intentions du Gouvernement sur cette question ?

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je pense complètement l'idée selon laquelle l'hôpital de proximité est l'articulation, la cheville entre la médecine de ville – les communautés professionnelles territoriales de santé – et le monde hospitalier. La gouvernance des hôpitaux de proximité fait partie des rares sujets – c'est une peau de chagrin – qui restent renvoyés aux ordonnances par l'article 8. Peut-être la ministre voudra-t-elle apporter des précisions à ce sujet.

Toutefois, je ne pense pas qu'il soit bon de les désolidariser totalement des groupements hospitaliers de territoire, car ils y ont toute leur place – ils en forment même le socle, d'une certaine façon. Un amendement adopté en commission prévoit d'ailleurs qu'un GHT ou un ensemble de GHT d'un territoire ayant fusionné en une seule entité puisse obtenir la labellisation « hôpital de proximité » pour une petite antenne du nouvel établissement.

L'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ce point est important. Je suis très favorable à ce que les hôpitaux de proximité restent au sein du GHT. C'est la meilleure façon d'assurer que les consultations de spécialités et les soins de recours soient accessibles. Il faut toutefois que ces hôpitaux jouissent d'une forme d'autonomie pour faire le lien avec la médecine de ville.

Nous renvoyons donc la gouvernance des GHT à une ordonnance, afin de pouvoir la travailler encore pour trouver le juste équilibre entre l'insertion au sein d'un GHT et l'autonomie en lien avec la médecine de ville.

Je vous propose donc de retirer votre amendement, faute de quoi je demanderai son rejet.

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

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je le retire.

(L'amendement n° 850 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 406 et 1641.

La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 406.

Mme Emmanuelle Ménard. Je propose la suppression des alinéas 10 à 15, qui habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures relatives aux hôpitaux de proximité. Le recours aux ordonnances est d'autant moins compréhensible que ce projet de loi était très attendu des professionnels, et surtout des Français, de plus en plus nombreux à connaître des difficultés d'accès aux soins. C'est pourquoi je demande que les hôpitaux de proximité fassent l'objet d'un débat concret au Parlement.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1641.

M. Joël Aviragnet. En effet, il ne s'agit pas uniquement d'un sujet technique, à débattre entre médecins et administration, même si la question de la gouvernance doit être tranchée. Nous venons d'en avoir un exemple très concret s'agissant des missions de base et des missions optionnelles, qui soulèvent des questions d'aménagement du territoire et d'accès aux soins. Les députés doivent pouvoir faire remonter les besoins des populations – nous sommes suffisamment interpellés à ce sujet –, confronter leurs points de vue afin d'enrichir ce débat et faire que ce projet de loi s'adapte du mieux possible aux besoins de la population.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Madame Ménard, vous souhaitez supprimer les ordonnances afin que nous puissions débattre des hôpitaux de proximité. Il me semble que c'est ce que nous faisons depuis hier soir, avec passion même, notamment s'agissant des missions socles.

La commission a adopté un amendement que j'avais déposé pour retirer le financement du champ des ordonnances, mais les modalités de gouvernance y restent. Cela va laisser le temps à la concertation sur le sujet, qui sera longue.

L'avis de la commission est défavorable.

(Les amendements identiques n° 406 et 1641, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 1716.

Mme Geneviève Levy. La création des établissements de santé de proximité est l'un des piliers de la présente réforme. Ils doivent s'intégrer dans un dispositif gradué de l'offre de soins répondant aux besoins de la population. L'enjeu est tel qu'il paraît indispensable de préciser explicitement dans la loi que ces établissements de santé de proximité pourront être aussi bien des établissements publics que privés.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Cet amendement est pleinement satisfait par le texte issu des travaux de la commission, qui prévoit que les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés. Nous en avons déjà débattu, tout à l'heure, lors de l'examen d'amendements déposés par des collègues de votre groupe, qui ont été retirés.

(L'amendement n° 1716 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 421.

Mme Emmanuelle Ménard. L'expression « gradation des soins hospitaliers » est employée à de nombreuses reprises dans le projet de loi. Malgré toutes les précisions apportées lors de cette discussion, il est à craindre que, dans l'esprit des Français, cette notion n'évoque la rentabilité des hôpitaux ou leur attractivité, notions plus comptables que médicales qui pourraient laisser entendre que la France d'en bas n'a pas le droit à la même médecine que la France d'en haut.

J'imagine pourtant que ce n'est pas votre idée, madame la ministre, et que vous ne voulez pas d'une médecine stratifiée avec des hôpitaux de seconde zone. J'imagine que, comme moi, vous considérez que le droit d'être soigné ne peut être à géométrie variable selon les territoires. J'imagine également que pour vous, médecine de proximité ne doit pas rimer avec médecine au rabais.

Je ne peux imaginer le contraire, et vous l'avez assuré à maintes reprises, car la bonne santé est la première de nos libertés et, à ce titre, tout doit être mis en œuvre pour que les soins soient accessibles à tous.

Pourtant, l'expression malheureuse « gradation des soins hospitaliers » laisse parfois entendre le contraire, comme si l'on pouvait créer des échelons au sein de notre système de santé. Je propose donc de la supprimer pour que la France des territoires n'ait pas l'impression d'être celle des laissés-pour-compte.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous en avons déjà débattu tout à l'heure : avis défavorable.

(L'amendement n° 421, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1553.

M. Joël Aviragnet. Il vise à supprimer l'habilitation à fixer la carte hospitalière par ordonnance. Cette carte concerne tout le monde, et le Parlement doit être associé à son élaboration. C'est un sujet extrêmement sensible. Nous ne sommes pas seulement ici pour traiter les sujets techniques, mais surtout pour faire remonter les inquiétudes de la population,

sur le terrain. Il est bien que le Gouvernement ait pu entendre la demande sur les soins palliatifs ou sur la périnatalité, la post-natalité et la maternité. Il faut que nous puissions traiter ces questions, et nous voyons d'ailleurs que le fait de vous avoir fortement interpellé et de ne pas avoir laissé passer les ordonnances vous a fait évoluer ; c'est une bonne chose pour la démocratie.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Il est prévu non pas de définir la carte des hôpitaux de proximité dans ces ordonnances, mais plutôt d'en définir la gouvernance et de déterminer des critères permettant d'appliquer les dispositions que nous avons votées dans cet article. L'avis est donc défavorable.

(L'amendement n° 1553, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Elsa Faucillon, pour soutenir l'amendement n° 1619.

Mme Elsa Faucillon. Mes collègues ont déjà dit à plusieurs reprises que le recours aux ordonnances prive la représentation nationale de la possibilité d'intervenir réellement sur la refonte de la carte hospitalière, ainsi que d'une étude d'impact qui nous aurait permis de nous prononcer de manière éclairée sur l'article 8.

Par cet amendement, nous proposons que les organisations syndicales, mais aussi les élus locaux, soient au moins associés à l'élaboration de la liste des hôpitaux de proximité. C'est important sur le plan de la démocratie et c'est aussi un gage d'efficacité.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous voulez garantir que les associations d'élus locaux et les organisations syndicales soient associées à la concertation. Je vous rassure : les concertations ont déjà commencé depuis plusieurs semaines et ces associations ainsi que les syndicats en font partie. L'avis est donc défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Pour avoir rencontré de telles organisations, je sais qu'il faut que ces concertations interviennent régulièrement, pas seulement une fois par an.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Elles se tiennent toutes les semaines !

(L'amendement n° 1619, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 1100 et 988, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 1100.

Mme Geneviève Levy. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 988.

M. Gilles Lurton. Défendu.

(Les amendements n°s 1100 et 988, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 706.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je le retire.

(L'amendement n° 706 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 1770.

Mme Geneviève Levy. Défendu.

(L'amendement n° 1770, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 206 et 845, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 206.

M. Gilles Lurton. Défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 845.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Défendu.

(Les amendements n°s 206 et 845, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 674.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Nous voulons nous assurer que les CPTS seront bien représentés dans le conseil d'administration ou la commission médicale d'établissement des hôpitaux de proximité.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. L'avis est défavorable car la précision ne me semble pas nécessaire. Il est bien prévu, mon cher collègue, d'associer les professionnels de santé de ville à la gouvernance de ces hôpitaux de proximité – ils ont d'ailleurs une part très importante à prendre à leur fonctionnement et aux activités de soins au quotidien. Les représentants des communautés professionnelles territoriales de santé, là où elles existeront – elles seront déployées avec ambition d'ici à la fin du quinquennat –, y figureront en bonne place.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je souhaite rassurer M. Isaac-Sibille : l'intention du Gouvernement est bien d'inclure et d'associer les CPTS à cette gouvernance.

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

M. Cyrille Isaac-Sibille. Ce qui va sans dire va mieux en le disant, en l'écrivant et en le votant. Quoique je ne comprenne pas votre réaction, je retire l'amendement.

(L'amendement n° 674 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 1152 et 676, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Paul Molac, pour soutenir l'amendement n^o 1152.

M. Paul Molac. Il vise à replacer, dans les instances de décision, des élus locaux, voire des élus nationaux, comme c'est mon cas – pour ma part, je me sens à la fois élu national nourri par les réalités du territoire, et élu local faisant part de celles-ci dans notre hémicycle.

Je prendrai comme exemple l'organisation que nous avons mise en place à Redon. Comme la majorité des élus ne siègent pas dans le conseil de surveillance de son établissement hospitalier, nous avons décidé d'instituer, à côté de ce conseil, un comité d'appui composé des trois députés du pays de Redon – il se trouve que celui-ci s'étend sur trois départements et deux régions –, auquel tous les maires ont été invités à participer. Ce comité permet d'engager une réflexion, avec le directeur et les professionnels de santé de l'hôpital, sur les moyens de le développer et de le soutenir, y compris auprès de la population. La synergie que nous avons mise en œuvre fait que cet hôpital, qui n'est pas le plus grand de la zone, tire son épingle du jeu et ne subit pas une perte de patientèle trop importante.

Il en va autrement dans un autre hôpital qui n'a pas de comité d'appui et dont je n'apprends les difficultés qu'après coup, puisque je ne siège pas dans son conseil de surveillance. Je fais alors paraître un article dans la presse. Par exemple, j'y explique que nous voulons disposer de matériel d'IRM dans la zone de Ploërmel, mais que l'ARS a décidé d'installer six IRM autour de Vannes et aucun dans la nôtre, ce qui, du point de vue de l'aménagement du territoire, est incompréhensible. Sur ce cas, je n'ai donc pu réagir que dans un second temps, alors que, si nous avions pu mettre plus tôt la situation au clair, Ploërmel aurait certainement eu son IRM, et Vannes seulement cinq IRM au lieu de six.

C'est un problème de vision qui se pose. Or, parce qu'ils défendent le territoire, les élus ont une vision.

M. Yannick Favennec Becot. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n^o 676.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est défendu.

(Les amendements n^{os} 1152 et 676, repoussés par la commission et le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n^o 1482.

Mme Caroline Fiat. Je ne cesse de répéter ici, depuis des mois, que notre système de santé est à bout de souffle. Cette situation, que nous constatons au quotidien, est amplement relayée par les professionnels de santé et par les patients qui, les uns comme les autres, sont victimes de cette politique de santé. En favorisant la tarification à l'acte, l'austérité fait un mal assasin aux structures hospitalières. Un hôpital doit en effet être rentable, chaque établissement étant encouragé à privilégier de manière insidieuse les actes les plus rentables, comme la chirurgie ambulatoire.

Se pose dès lors la question de savoir ce qu'il advient de la majorité des patients du système hospitaliers, dont les actes médicaux exigent une hospitalisation plus longue. Les Français bénéficient de moins en moins de lits d'hôpitaux et donc de moins en moins de prises en charge médicales, c'est mathématique. La situation est trop préoccupante pour que nous ne cherchions pas à mettre fin à cette tendance. Il faudra aller plus loin et recréer des places d'accueil dans les établissements de santé, notamment dans les hôpitaux publics.

Notre amendement propose un moratoire sur les fermetures de lits. Si cela resterait insuffisant pour restaurer la prise en charge de tous par la santé publique, cela n'en est pas moins nécessaire car nous devons faire en sorte que cesse l'habitude de fermer des lits dans les hôpitaux.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je considère qu'il s'agit d'un amendement d'appel car il est impossible d'inscrire dans la loi la suspension définitive des ouvertures et fermetures de lit.

Mme Caroline Fiat. Nous ne demandons là qu'un moratoire.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous pouvez toutefois être rassurée car l'objectif de cette réforme et de la labellisation des hôpitaux de proximité n'est aucunement de fermer des lits ; nous voulons au contraire investir des fonds supplémentaires dans ces établissements et conforter la place qu'ils occupent dans le territoire.

M. Jean-Paul Lecoq. Vous proposez donc d'en ouvrir ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. S'y trouveront bien sûr des lits de médecine correspondant à toutes les spécialités qui ont été citées tout à l'heure. Des lits permettront aussi d'accompagner les hospitalisations de courte durée dans les services d'urgence, les activités de gériatrie ainsi que les activités de soins de suite et de rééducation. A également été évoquée la possibilité qui sera offerte au patient, après qu'il a été opéré dans un hôpital plus spécialisé, de finir sa convalescence dans l'hôpital de proximité le plus proche de chez lui, ce qui est plus pratique pour sa famille et lui-même.

Je donne donc un 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 Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous ne demandons pas l'arrêt des fermetures de lits d'hôpitaux – même si j'y suis, pour ma part, favorable – mais un moratoire, qui permettra d'engager une large réflexion.

À la suite des orateurs qui, depuis plusieurs jours, ont rapporté des exemples personnels, je vais donner celui d'un proche ayant fait un AVC le 26 décembre dernier. J'étais heureusement à ses côtés, si bien que j'ai pu voir les symptômes et l'amener en quarante-cinq minutes à l'hôpital, afin qu'il y soit très rapidement pris en charge – en cas d'AVC, les premières heures sont cruciales, on le sait. Or il a fallu attendre trois heures avant qu'il soit installé dans un lit et qu'il reçoive les premiers soins ; résultat, il a perdu une partie de la vision d'un œil.

Monsieur le rapporteur, madame la ministre, nous pourrions vous donner de nombreux exemples semblables, chacun le sait. Fermer des lits, c'est mettre en danger la vie d'autrui. Instaurer un moratoire ne coûterait franchement pas cher et permettrait d'éviter des catastrophes sanitaires.

(L'amendement n° 1482, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Sur les amendements identiques n°s 930 et 960, 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.

Nous en venons à ces deux amendements identiques.

La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n° 930.

M. Yannick Favennec Becot. L'article 8 prévoit de déterminer dans quelles conditions les dispositions concernant les hôpitaux de proximité sont « applicables à une structure dépourvue de la personnalité morale et partie d'une entité juridique ».

Cette disposition amène à revoir la définition même de l'établissement de santé. S'il s'agit uniquement de définir l'activité des établissements de santé de proximité et de garantir leur coordination avec les acteurs de la ville et du secteur médico-social, elle ne peut être effective que dans le cadre de structures disposant de la personnalité morale. Par souci de cohérence, on ne saurait, dans un même mouvement, qualifier une structure d'établissement de santé et accepter qu'elle ne soit pas dotée de la personnalité morale.

Par ailleurs, cette disposition n'a pas fait l'objet d'évaluations ni d'analyses dans l'étude d'impact de la loi, alors qu'elle est susceptible de créer une nouvelle forme de structure pouvant émerger à des financements dédiés aux établissements de santé.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 960.

M. Jean-Pierre Door. Le groupe Les Républicains souhaite qu'une réelle autonomie soit donnée aux hôpitaux de proximité. Comme la gouvernance de ces établissements doit leur être propre, il est souhaitable que puissent être associés, dans leurs instances décisionnelles, des représentants de la médecine de ville, des représentants des GHT et des représentants des usagers. Il faut donc que ces nouvelles structures disposent d'une personnalité morale propre.

Je vous ai demandé hier s'il fallait les doter de la personnalité propre ou d'une autre forme de personnalité juridique, mais vous ne m'avez pas véritablement répondu. L'alinéa 14 de l'article indique qu'une ordonnance déterminera « dans quelles conditions ces dispositions peuvent être applicables à une structure dépourvue de la personnalité morale et partie d'une entité juridique ». Il faudrait que nous sachions rapidement ce qu'il en est.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Chers collègues, le problème que vous soulevez est très intéressant car, actuellement, les hôpitaux locaux ne peuvent constituer qu'un seul établissement. Dans le cas des établissements dont les direc-

tions ont été fusionnées et qui comprennent un établissement support et d'autres établissements plus petits dans les zones plus fortement rurales – comme il s'en trouve dans mon département, la Charente –, il est nécessaire de labelliser une antenne de ces deniers, sans quoi il serait impossible de labelliser l'hôpital support comme hôpital de proximité.

Tel qu'il est rédigé, le texte constitue donc une avancée car il permet, dans le cas d'un établissement issu de la fusion de plusieurs établissements, de labelliser l'établissement local, devenu antenne dans la fusion, comme hôpital de proximité, donc de lui faire bénéficier de tous les moyens supplémentaires qu'offre cette réforme.

J'émetts par conséquent un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je souhaite d'abord préciser ce qu'implique l'article d'habilitation, avec la reconnaissance de la qualité d'hôpital de proximité accordée à une structure dépourvue de personnalité morale.

Comme l'indique le code de la santé publique, les établissements publics de santé sont des personnes morales. Depuis plusieurs années, des fusions sont opérées entre ces établissements, afin notamment de gagner en efficacité d'organisation et de gestion. Ils deviennent alors des établissements de santé multisites ayant chacun une seule personne morale.

Au sein de ces établissements fusionnés coexistent donc plusieurs sites géographiques qui ne possèdent pas la personnalité morale en propre. Or la reconnaissance qui prévaut actuellement pour les premiers hôpitaux de proximité ne permet pas de reconnaître des sites hospitaliers n'ayant pas la personnalité morale en propre.

Le groupe hospitalier de Haute-Saône, en Bourgogne-Franche-Comté, comprend ainsi trois sites : le site principal de Vesoul, le site de proximité de Lure et le site de proximité de Luxeuil-les-Bains. Le site de Vesoul dispose d'un bloc opératoire, où est notamment pratiquée la chirurgie générale et digestive, ainsi qu'une maternité ; il ne répond donc aucunement à la définition d'un hôpital de proximité. En revanche, les sites de Lure et de Luxeuil-les-Bains ont des offres différentes, puisqu'ils disposent tous deux de services de médecine, de soins de suite et de réadaptation. Ils assurent aussi le suivi de grossesse dans le cadre de centres périnataux de proximité, et ils offrent des consultations dans de nombreuses spécialités telles que la cardiologie, la neurologie, la chirurgie orthopédique et les consultations mémoire, etc. Un pôle de santé jouxtant l'antenne de Lure renforce le lien entre la ville et l'hôpital. Or, bien que ces deux sites soient d'excellents exemples de ce que promeut la réforme des hôpitaux de proximité, ils ne peuvent bénéficier de cette qualité, en l'état actuel de la réglementation. Ils ne pourront donc pas non plus bénéficier des financements dédiés provenant du modèle de tarification à l'activité.

L'objectif de l'article est de lever, dans le cadre de l'ordonnance à venir, cet obstacle qui n'est ni équitable ni légitime.

Toutefois, je comprends votre souci que ces sites aient une gouvernance et des instances en propre. C'est ce que permettra l'ordonnance sur la gouvernance. Je ne peux en effet qu'être d'accord avec vos propos : ces sites doivent avoir leurs propres instances,...

M. Jean-Pierre Door. Et une autonomie !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ...en lien avec la ville et les élus locaux. L'ordonnance le permettra, ce qui ne serait pas nécessairement le cas si la personnalité morale leur était octroyée.

Je le répète : nous nous retrouvons entièrement sur le fait que ces hôpitaux doivent disposer d'une instance propre de gouvernance. Toutefois, comme nous ne voulons pas qu'ils perdent le bénéfice de ce que l'hôpital support du GHT a permis de construire, je donne un avis défavorable à ces amendements.

Mme la présidente. Sur l'article 8, je suis saisie par le groupe Socialistes et apparentés, le groupe de la Gauche démocrate et républicaine ainsi que le groupe La République en marche d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. J'ai entendu les arguments de Mme la ministre sur ce sujet intéressant, mais je continue de craindre que la classification que vous opérez ne devienne un carcan pour certains hôpitaux.

On pourrait aussi se poser la question inverse, qui me semble correspondre aux préoccupations de Jean-Pierre Door : certains établissements ne risquent-ils pas de perdre leur personnalité morale avec cette réforme ? Ce serait un problème car cela accélérerait la logique d'intégration des GHT. Il me semble donc utile de préciser les choses.

Développer une logique de gouvernance par établissement me semble également utile, et il serait bon de le préciser dans la loi sans attendre l'ordonnance.

Par ailleurs, me semble-t-il, le fait que certains établissements, notamment ceux se trouvant dans la situation que vous avez décrite, puissent gagner une personnalité morale ne constituerait pas un obstacle au plein déploiement de leur mission.

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

Mme Gisèle Biémouret. Madame la ministre, vous avez partiellement calmé mon inquiétude. Je me demandais si les centres hospitaliers risquaient de devenir des hôpitaux de proximité.

Il est à mon sens important que la structure puisse – je parle d'expérience – garder une direction autonome et, bien sûr, un conseil de surveillance également autonome, puisque les missions et les besoins ne seront pas les mêmes. Chacun doit pouvoir rester en place dans le conseil de surveillance de son hôpital, avec une direction complètement autonome.

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

M. Jean-Carles Grelier. Madame la ministre, la présentation que vous venez de nous faire de ce rapport entre les hôpitaux de proximité et le GHT est une étrangeté juridique – le général de Gaulle l'aurait sans doute qualifiée de « machin ». Quelle sera en effet l'autonomie de gouvernance d'un hôpital de proximité au sein d'un GHT, quand le personnel aura été mutualisé ? Dans cette hypothèse, le directeur de l'établissement de proximité ne pourra ni recruter, ni noter, ni sanctionner les personnels. Quelle sera son autonomie quand, à l'intérieur du GHT il sera contraint de soumettre son budget à l'accord du directeur de

l'hôpital support, afin notamment de faire valider son programme d'investissement ? Quelle sera son autonomie enfin quand on sait que les achats sont d'ores et déjà mutualisés et que le donneur d'ordres, c'est-à-dire l'acheteur officiel contractant avec les entreprises et les fournisseurs des hôpitaux et du GHT, sera le directeur de l'hôpital support ?

Par conséquent, soit on considère que la gouvernance ne revient qu'à fixer quelques orientations et à inaugurer les chrysanthèmes, soit on veut que ces hôpitaux de proximité restent autonomes. S'ils sont autonomes, ils ne peuvent pas exister à l'intérieur du GHT sans disposer d'une personnalité juridique distincte.

J'ajoute – j'en terminerai par là car nous y reviendrons – qu'il vous faudra, à un moment donné, régler la question de la personnalité morale des GHT. Aujourd'hui, ceux-ci en sont dépourvus, et je ne vois pas comment cela peut être acceptable alors que l'on s'apprête à leur transférer les personnels. En effet, le jour où un contentieux portant sur des questions de personnel sera porté devant la juridiction administrative, on ne saura même plus qui il faudra attraire.

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

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cette discussion est intéressante et permet effectivement à Mme la ministre de nous expliquer comment elle conçoit les choses.

Il est très bien, je trouve, que le groupement puisse disposer de la personnalité juridique. La question qui se pose est la suivante : comment voyez-vous la personnalité juridique de l'hôpital de proximité eu égard à son fonctionnement ? Celle-ci aura-t-elle une incidence sur la commission médicale d'établissement ? On sait très bien également que, sur le plan budgétaire, le GHT est soumis à la tarification à l'activité. Or il est souhaitable que les hôpitaux de proximité n'y soient pas forcément soumis. Et qu'en sera-t-il de leur budget global ?

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il me semble qu'il y a deux débats. On ne parle pas ici des hôpitaux de proximité qui font partie d'un GHT ; ...

M. Jean-Pierre Door. Ah bon ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. ...ceux-ci ne sont pas des hôpitaux fusionnés, et chacun des établissements de santé qui en fait partie garde sa personnalité morale et sa propre gouvernance.

Nous parlons de quelques cas particuliers d'hôpitaux ayant déjà fusionné, qui sont multisites et qui comptent un ou deux sites susceptibles d'être labellisés « hôpital de proximité ».

Il me semble qu'il y a eu une incompréhension concernant la disposition que nous voulions voir figurer à cet endroit du projet de loi : elle concerne des cas particuliers d'hôpitaux multisites – comme celui de Vesoul, comme je l'ai précisé –, qui sont en réalité très peu nombreux ; le dispositif vise à ne pas les obliger à changer leur mode de gouvernance ni leur organisation.

Je répète que les GHT ne sont pas concernés.

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

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, je voudrais compléter vos propos : sur les 135 GHT que l'on compte en France, il n'y a en effet pas deux qui se ressemblent. Dans les départements de l'Yonne ou du Loiret, par exemple, l'hôpital socle et les hôpitaux que l'on dira « de proximité » ne sont pas toujours regroupés géographiquement et sont parfois même séparés par de grandes distances. C'est le cas dans l'Yonne, entre Auxerre et Sens ou entre Sens et le sud du département, où se trouvent les petits établissements de Tonnerre ou d'Avallon.

Tous les départements et tous les GHT ne se ressemblent pas, je le répète. Cet amendement visait essentiellement à pouvoir conserver une gouvernance au sein des hôpitaux satellites, annexes ou lointains, parfois séparés par une distance de 100 kilomètres de l'hôpital socle.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ça, ça ne changera pas.

M. Jean-Pierre Door. Vous devriez garantir que cette disposition figurera dans l'ordonnance : que celle-ci prévoira une certaine autonomie de gouvernance des établissements labellisés « hôpital de proximité » – je ne vais pas les citer, mais chacun sait lesquels sont visés dans sa circonscription. J'insiste : il faut leur donner une certaine autonomie en matière de gouvernance.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Oui, je suis d'accord.

M. Jean-Pierre Door. Donc vous êtes favorable à l'amendement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Non.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Bien essayé ! (Sourires.)

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville, qui souhaite manifestement poser une question à Mme la ministre.

M. Pierre Dharréville. En effet. Toute cette discussion nourrit mes craintes de satellisation d'un certain nombre d'établissements. Madame la ministre, quelque chose m'échappe : dans votre esprit, dans le cas de Vésoul, quel est l'intérêt de labelliser « hôpital de proximité » certaines des structures concernées ?

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. En réalité, il n'y a pas d'intérêt pour moi mais il y en a pour ces hôpitaux ! Ils bénéficieront ainsi d'un mode de tarification différent. Je souhaite en effet sortir, en ce qui les concerne, de la tarification à l'activité, ce que permet ce label. Cela leur épargnera cette course à l'activité qui les contraint à essayer de recruter, d'aspérer une patientèle qu'ils n'ont pas, ce qui les plonge dans un déficit artificiel, source d'inquiétude quant à une éventuelle fermeture. Pour les maintenir et apaiser la situation, je veux des financements ad hoc, en fonction de la population locale. Tel est l'objet de cette labellisation. (Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.)

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

M. Jean-Carles Grelier. Je vous promets, madame la présidente, de ne pas rallonger nos débats plus que de raison.

Je persiste à penser, madame la ministre, ce que je vous ai exposé tout à l'heure : la majorité des hôpitaux de proximité seront intégrés dans les GHT. Or vous venez de nous confirmer que les hôpitaux de proximité disposeront d'un

régime financier différent de celui des GHT. Comment fera-t-on quand, à l'intérieur d'un GHT – puisque, pour le coup, la loi HPST, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, s'appliquera –, le directeur de l'hôpital de proximité demandera la validation de son budget et son programme d'investissement par le directeur de l'hôpital support ?

Le projet de loi prévoit également, quelques articles plus loin, de mutualiser la gestion des ressources humaines au sein des GHT. Quid de cette gestion dans les hôpitaux de proximité qui en feront partie ? Cela signifie que le directeur de l'hôpital de proximité ne pourra ni recruter, ni noter, ni sanctionner ses personnels.

On peut certes parler de gouvernance autonome, mais gouverner sans pouvoir ni financer, ni acheter, ni recruter son personnel, c'est gérer pas grand-chose.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Si je peux me permettre, monsieur Grelier, ce que vous dites n'est pas tout à fait exact : le directeur d'un hôpital faisant partie d'un GHT restera responsable de son budget, quel que soit le degré de mutualisation.

M. Jean-Carles Grelier. Mais il devra le faire valider par l'hôpital support.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Non, il ne s'agira pas d'une validation mais d'un avis simple : le directeur sera responsable de son budget.

M. Jean-Carles Grelier. Pas des investissements.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Sa responsabilité sera en la matière pleine et entière.

M. Jean-Carles Grelier. Pas sur le personnel ni sur les achats.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Dans l'état actuel de la législation, et le projet de loi ne prévoit pas de changer ce point, l'hôpital tête de pont du GHT n'a pas de pouvoir de validation ; c'est faux.

M. Jean-Paul Lecoq. En l'occurrence, la ministre a raison.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 930 et 960.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	61
Nombre de suffrages exprimés	58
Majorité absolue	30
Pour l'adoption	15
contre	43

(Les amendements identiques n^{os} 930 et 960 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n^o 357.

Mme Geneviève Levy. Il est défendu.

(L'amendement n^o 357, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 1554 et 1635, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour soutenir l'amendement n^o 1554.

Mme Gisèle Biémouret. Le groupe Socialistes et apparentés demande que le délai de dix-huit mois dans lequel les ordonnances doivent être prises soit ramené à six mois, comme pour la loi travail.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n^o 1635.

M. Pierre Dharréville. Nous proposons également de réduire le délai d'habilitation car nous n'avons absolument pas été convaincus par les arguments avancés dans l'étude d'impact pour le justifier. Ce délai excessivement long priverait la représentation nationale d'un débat.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Six mois ou même douze me semble un délai assez bref pour être certain de mener à bien tant les concertations que les travaux nécessaires. Je pourrais en outre vous renvoyer à l'examen du prochain PLFSS, qui nous permettra de revenir sur le débat relatif au financement. L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le délai proposé dans ces amendements me semble en effet un peu court pour que nous réussissions ce travail dans la sérénité. C'est pourquoi j'y serai défavorable.

Cela me permet toutefois de répondre à une préoccupation de M. Grelier, qui s'inquiétait tout à l'heure de la capacité qu'aurait le ministère de rédiger les décrets en Conseil d'État et de faire valider les actes par la Haute Autorité de santé : cela nécessitera effectivement du temps.

Nous sommes d'accord pour dire que la transition vers les hôpitaux de proximité ne va pas se faire pour tous les hôpitaux concernés en six mois. Nous avons également besoin de temps pour la préparer avec les acteurs locaux. Il y aura en effet une phase de transition relativement longue, qui permettra précisément de sécuriser les missions concernées. J'ai ainsi répondu à vos deux préoccupations.

(Les amendements n^{os} 1554 et 1635, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 8, tel qu'il a été amendé.

(Il est procédé au scrutin.)

Mme la présidente. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	60
Nombre de suffrages exprimés	52
Majorité absolue	27
Pour l'adoption	43
contre	9

(L'article 8, amendé, est adopté.)

Après l'article 8

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 1209, portant article additionnel après l'article 8.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, même si je sais que j'ai perdu d'avance, je vais tenter ma chance une fois de plus et vous parler du centre hospitalier régional d'Orléans. Il faut savoir que le conseil régional et le conseil économique, social et environnemental régional ont jugé, dans le cadre de leurs projections relatives à l'état sanitaire du département, qu'il conviendrait de transformer le CHRO en CHU.

Cette transformation est nécessaire pour de multiples raisons, et d'abord pour permettre aux étudiants concernés de rester sur place, d'autant plus qu'une université importante, celle d'Orléans-La Source, est installée à proximité. Elle contribuerait aussi à améliorer l'attractivité de cet ensemble pour les étudiants du Loiret, qui sont assez nombreux – il y a tout de même 700 000 habitants. Elle permettrait en outre, on peut l'espérer, de lutter contre les déserts médicaux en sédentarisant les étudiants sur place.

C'est pourquoi la transformation du CHRO en CHU s'impose. Notre collègue Stéphanie Rist sera peut-être d'accord avec moi, puisqu'elle est orléanaise. Même si je sais ce combat perdu d'avance, cela ne fait rien ; j'aurai tenté ma chance. *(Sourires.)*

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous avez raison, monsieur Door, car nulle bataille ne peut être gagnée sans être menée. Néanmoins, à mon sens, votre amendement pourrait avoir des effets pervers. Quid des CHU des préfectures des anciennes régions ? À mon tour de m'inquiéter pour l'avenir de celui de Poitiers, dans ma région ! L'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est le même avis. Vous avez cité Orléans, monsieur Door, mais il y a d'autres chefs-lieux de région, comme Ajaccio ou Cayenne, en Guyane...

(L'amendement n^o 1209 n'est pas adopté.)

Article 9

Mme la présidente. La parole est à M. Paul Molac, premier orateur inscrit sur l'article 9.

M. Paul Molac. L'article 9 concerne les hôpitaux de spécialités, qui ne sont pas des hôpitaux de proximité. S'agissant de ceux-ci, l'examen d'un amendement fut l'occasion de comprendre où le Gouvernement voulait en venir : la discussion nous a permis d'y voir un peu plus clair, de savoir jusqu'où l'on pourrait aller et, sur ce sujet, la ministre s'est révélée relativement ouverte. En revanche, j'ai un peu plus de mal à saisir pour ce qui est des hôpitaux de spécialités, car il nous manque là quelques explications ; en tout cas, le contenu du texte ne suffit pas pour comprendre où l'on veut en venir.

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

M. Jean-Paul Lecoq. Nous constatons avec déception que le débat démocratique est une fois encore escamoté. L'article 9 prévoit en effet, une fois de plus, sans aucune étude d'impact,

de modifier les autorisations des activités de soins des établissements de santé, dans l'objectif d'une refonte de la carte hospitalière – vous ne l'avez pas encore tracée, mais nous sommes en train de nous organiser, à partir d'un fond de carte, pour déterminer l'emplacement des hôpitaux.

Ce dispositif doit contribuer à l'édification d'un système public de santé suivant une logique de gradation des soins – vous nous avez fait une petite leçon sur le sujet, hier soir –, comportant trois niveaux : les soins de proximité ; les soins spécialisés, les services de chirurgie, les maternités ; les soins ultraspécialisés. L'adaptation des activités et des matériels lourds en fonction du niveau d'intervention des hôpitaux est la consécration d'un modèle de santé qui porterait l'ambition d'assurer au plus près des habitants des soins de qualité en premier et second recours.

Derrière la façade attrayante du principe de pertinence des soins à l'échelon le plus adapté se dissimule la perspective d'une offre de soins à trois vitesses et d'une réduction globale de la voilure hospitalière, avec le CHU à l'échelon régional, un groupement hospitalier de territoire XXL à l'échelon départemental ou interdépartemental – ainsi, à Pont-Audemer, le GHT couvre trois départements –, et un réseau d'hôpitaux de proximité à l'échelon des bassins de vie. En vérité, le principe directeur de la réforme semble être la dégradation des soins.

Cette logique se vérifie déjà s'agissant des maternités. Les arguments relatifs à la pertinence des soins et à la sécurité sanitaire sont mobilisés en permanence pour justifier des fermetures, comme celle de la maternité de Créteil, celle de la maternité de Die ou celle de la maternité de Bernay, dont le Président de la République a entendu parler à l'occasion du lancement de son grand débat, à Grand Bourgtheoulde.

Nous ne sommes pas dupes : concrètement, l'article 9 va entraîner la réduction globale de l'offre publique de soins et fragiliser l'égal accès aux soins pour tous. C'est pourquoi les députés communistes s'y opposent.

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements identiques, n^{os} 368, 429, 934 et 1551, tendant à supprimer l'article 9.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n^o 368.

M. Pierre Dharréville. Défendu !

Mme la présidente. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n^o 429.

Mme Emmanuelle Ménard. L'article 9 habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance des mesures pour moderniser le régime des autorisations des activités de soins – chirurgie, maternité, urgences – et des équipements matériels lourds. Malheureusement, de nombreuses incertitudes persistent concernant cette fracture de notre système de santé à travers les hôpitaux hyperspécialisés. C'est pourquoi je demande la suppression de l'article.

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n^o 934.

M. Yannick Favennec Becot. La désertification médicale et l'accès à la santé sont parmi les préoccupations les plus partagées par nos concitoyens. Ce sujet revient de façon récurrente dans les débats – nous n'avons cessé de le répéter depuis le début de la semaine. Nous assistons,

impuissants, à des fermetures d'hôpitaux, de maternités, de services de chirurgie, d'urgences... Cette réduction de l'offre de soins, en particulier sur les territoires ruraux, renforce encore le sentiment d'abandon. Un sujet aussi important ne peut être traité par voie d'ordonnance, surtout si la durée de l'habilitation est fixée à dix-huit mois. Nous devons être davantage consultés sur ces questions. C'est pourquoi nous demandons la suppression de l'article 9.

Mme la présidente. La parole est à Mme Ericka Bareigts, pour soutenir l'amendement n^o 1551.

Mme Ericka Bareigts. Je vais répéter ce qui a déjà été largement dit durant ces dernières heures, car c'est important. Nous ne sommes pas d'accord avec le recours aux ordonnances pour redessiner la carte hospitalière française. Il s'agit d'un sujet extrêmement sensible sur nos territoires et, quoiqu'étant les représentants de la nation, nous avons aussi une connaissance fine de chacun d'entre eux. Nous estimons qu'un tel débat doit avoir lieu ici, à l'Assemblée nationale. C'est pourquoi nous demandons la suppression de l'article 9.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Ils tendent à supprimer l'habilitation du Gouvernement à légiférer par ordonnance. Or il s'agit de sujets extrêmement techniques.

M. Jean-Paul Lecoq. Nous sommes compétents !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La plupart des modifications nécessitent des changements réglementaires puis, en conséquence, un balayage législatif.

Les textes relatifs aux activités de soins et équipements matériels lourds actuellement soumis à autorisation ont fait l'objet de multiples aménagements au fil du temps, ce qui a abouti à des régimes disparates et à des écarts importants entre des activités faiblement réglementées et d'autres fortement contraintes. À titre d'exemple, certaines activités de soins pourtant à haut risque, comme la chirurgie – hors chirurgie cardiaque et neurochirurgie –, ne font pas l'objet d'un encadrement juridique très contraignant, en l'absence de conditions techniques de fonctionnement. À l'inverse, l'activité de traitement des cancers est une activité de soins décrite de façon beaucoup plus détaillée.

Une révision de tous ces textes semble donc nécessaire. Nous veillerons bien évidemment à la ratification de cette ordonnance, comme à celle des autres, ce qui permettra un nouveau débat parlementaire sur ces sujets. L'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. La révision des autorisations est nécessaire, non seulement parce que des données internationales montrent que, pour certaines pathologies – je pense notamment aux cancers –, nos seuils d'activité sont inférieurs à ceux de beaucoup de pays européens, ce qui pose problème pour assurer la qualité des soins, mais surtout parce que, les gestes s'étant modifiés, nous avons besoin de réviser en permanence, avec les professionnels, les critères d'autorisation des plateaux techniques.

Les travaux ont donc été engagés dès janvier 2018, dans un souci évident, lié aux progrès médicaux, de modifier le régime des autorisations spécialité par spécialité. Des groupes de travail associant l'ensemble des professionnels et parties

prenantes se réunissent régulièrement au ministère sur ces questions. Cela aboutira, à terme, à une refonte des critères d'autorisation. Je pense que nous aurons fini de balayer l'ensemble des disciplines à la fin de l'année.

La temporalité que nous avons retenue, vous l'aurez compris, correspond à celle de la concertation que nous menons avec l'ensemble des acteurs. À l'issue de ces travaux, des adaptations législatives seront peut-être nécessaires. D'où cette demande d'habilitation à légiférer par ordonnance. Cela nous permettra d'adapter, s'il y a lieu, le régime des autorisations des activités de soins.

Vous avez exprimé une crainte particulière relativement à la gradation des soins et à la répartition de l'offre de soins. Je rappelle que vous venez d'adopter le cadre de définition des hôpitaux de proximité, avec leurs missions. Cela montre que l'objectif du Gouvernement est non pas la réduction de l'offre de soins sur le territoire national mais son organisation appropriée.

J'ai aussi entendu votre souhait d'être associés aux travaux sur la réforme du régime des autorisations. Sur ce point, je veux vous rassurer. En commission, je m'étais engagée à présenter devant la commission des affaires sociales le projet d'ordonnance avant sa conclusion, afin d'avoir un temps d'échange avec les parlementaires. Je réitère cet engagement devant vous ce matin.

Le Gouvernement est donc défavorable à ces amendements de suppression.

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

M. Pierre Dharréville. Si je note, madame la ministre, les efforts louables que vous déployez pour envoyer des signaux positifs à l'adresse de la représentation nationale, je me demande pourquoi nous ne reportons pas notre délibération au moment où vous serez en mesure de nous présenter les résultats de ces discussions.

D'autre part, le problème ne se limite pas à ce texte de loi. Nous passons bien trop de temps à habilitier le Gouvernement à légiférer par ordonnances, c'est-à-dire à renoncer à légiférer nous-mêmes. La pratique actuelle du pouvoir provoque une torsion de nos institutions, qui finit par faire problème. Ce texte est symptomatique de pratiques que nous avons déjà connues par ailleurs. Il serait temps d'y mettre le holà.

(Les amendements identiques n°s 368, 429, 934 et 1551 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n°s 432, 936 et 1210.

La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 432.

Mme Geneviève Levy. Défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n° 936.

M. Yannick Favennec Becot. Défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1210.

M. Jean-Pierre Door. Défendu.

(Les amendements identiques n°s 432, 936 et 1210, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 207.

M. Gilles Lurton. Défendu !

(L'amendement n° 207, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 431 et 938.

La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 431.

Mme Geneviève Levy. La simplification des modalités d'autorisation des activités de soins ne doit pas aboutir à modifier l'identité des personnes habilitées à disposer d'une telle autorisation. Il est donc nécessaire de rappeler que cette simplification ne peut se faire que dans le cadre de l'article L. 6122-3 du code de la santé publique.

Mme la présidente. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 938.

M. Paul-André Colombani. Défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Il est défavorable car l'objet de l'habilitation est précisément de permettre au Gouvernement de modifier plusieurs articles du code de la santé publique, dont l'article L. 6122-3.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je souhaiterais expliquer pourquoi j'émetis un avis défavorable sur votre amendement, madame Levy.

Il existe actuellement trois types de titulaires d'autorisations sanitaires : un ou plusieurs médecins ; des établissements de santé ; une personne morale. L'identité des titulaires des autorisations est une des questions soumises à la discussion dans le cadre des groupes de travail, rassemblant l'ensemble des acteurs concernés, que nous réunissons au ministère en amont de la réforme.

Plusieurs hypothèses ont été émises. Nous savons d'ores et déjà que d'autres organisations pourraient bénéficier d'autorisations d'activités de soins, par exemple des GHT ou des équipes communes de territoire, ce qui n'est pas permis aujourd'hui par la loi. Or votre amendement empêcherait tout élargissement à d'autres acteurs. C'est pourquoi le Gouvernement y est défavorable.

(Les amendements identiques n°s 431 et 938 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 1156.

M. Paul-André Colombani. Défendu.

(L'amendement n° 1156, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq, pour soutenir l'amendement n° 1636.

M. Jean-Paul Lecoq. Par cet amendement, madame la ministre, nous vous proposons de réduire la durée de l'habilitation, pour faire revenir le Gouvernement vers nous plus tôt. Vous avez prévu dix-huit mois ; nous vous en proposons douze, d'abord parce que nous pensons que vous vous souciez des personnels des établissements concernés. Les incertitudes, vous le savez, génèrent du mal-être au travail. Plus la durée sera courte et plus vite les décisions seront prises, sur la base des discussions qui ont déjà eu lieu. Même si notre groupe désapprouve ces décisions, il estime, à tout le moins, que le présent amendement, en levant quelques incertitudes, serait utile pour le bon fonctionnement des établissements concernés.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous avons eu le même débat sur l'article précédent. Les délais proposés paraissent un peu courts, d'autant que, pour préparer l'ordonnance ici prévue, pas moins de dix-neuf groupes de travail ont été installés par Mme la ministre ; or l'ordonnance ne pourra être rédigée qu'après qu'ils auront rendu leurs conclusions. Les délais envisagés me semblent donc justifiés. L'avis est défavorable.

(L'amendement n° 1636, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 9 est adopté.)

Après l'article 9

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements portant article additionnel après l'article 9.

J'appelle d'abord les amendements identiques n°s 637 et 944.

La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 637.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Dans la perspective des ordonnances qui, aux termes de l'article 9, doivent être prises sous dix-huit mois, l'AP-HP – Assistance publique - Hôpitaux de Paris – souhaite, dans un objectif d'adaptation du régime des autorisations sanitaires et afin de mieux prendre en compte la territorialité des implantations des activités de soins et des équipements matériels lourds, que les autorisations puissent être délivrées spécifiquement aux groupes hospitaliers constitués en son sein, afin de leur donner une plus grande autonomie de gestion en ce domaine. Il est proposé d'apporter cette précision à l'article L. 6122-3 du code de la santé publique.

Mme la présidente. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 944.

M. Paul-André Colombani. Défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La piste proposée est intéressante et elle pourrait être intégrée à l'ordonnance. Mais le sujet, je crois, appelle de la prudence. Or, avec un tel amendement, l'agence régionale de santé serait privée, en matière d'autorisation, de la maîtrise de l'implantation

géographique précise des structures. *(Exclamations sur les bancs du groupe UDI-Agir.)* Une telle solution, en tout état de cause, devrait être étudiée de façon plus globale, dans le cadre de la réforme des autorisations. L'avis est donc défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Tels qu'ils sont rédigés, ces amendements transfèreraient à l'AP-HP, à l'AP-HM – Assistance publique - Hôpitaux de Marseille – et aux HCL – Hospices civils de Lyon – des prérogatives régaliennes en matière d'accès aux soins. Ils rendraient donc problématique le contrôle de l'adéquation de l'environnement hospitalier immédiat avec les implantations géographiques.

Ils créeraient en outre une rupture d'égalité entre les titulaires d'autorisation, certains étant soumis à la décision de l'ARS – pour les sites d'implantation – et d'autres non.

D'une façon plus générale, je rappelle que des concertations sont engagées au ministère sur la titularité des autorisations, dans le cadre des travaux prévus. Une telle évolution serait donc prématurée par rapport à l'état d'avancement des discussions.

L'avis est donc défavorable.

(Les amendements identiques n°s 637 et 944 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 903.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il vise à apporter une solution aux difficultés soulevées sur le terrain par les groupements de coopération sanitaires, les GCS, créés entre la date d'entrée en vigueur de la loi de juillet 1999 et celle de la loi de juillet 2009.

Les membres de ces groupements se sont engagés dans une démarche de coopération, sur la base d'un dispositif de collaboration auquel ils adhéraient, avec la possibilité de détenir des autorisations d'activités de soins. Cette possibilité a été supprimée en 2009, mais les GCS créés préalablement restent, à ce jour, détenteurs d'autorisations mutualisées. La potentielle remise en cause, par voie réglementaire, de cette dérogation qui leur avait été attribuée par la loi fait peser une menace sur des groupements qui conduisent pourtant des actions mutualisées exemplaires.

Le présent amendement vise donc à garantir une stabilité juridique pour les GCS qui détiennent actuellement des autorisations d'activités de soins.

Mme la présidente. Puis-je considérer que l'amendement n° 908 est lui aussi défendu, monsieur Isaac-Sibille ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. Oui, il a le même objet : défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Vous souhaitez maintenir, par ces amendements, un régime transitoire pour les groupements de coopération sanitaire créés avant la loi HPST de 2009. C'est un sujet éminemment technique.

Pour mémoire, les groupements de coopération sanitaire ont été créés en 1996. Depuis lors, leur dispositif a été régulièrement complété. Ainsi, la loi HPST a profondément

modifié leur fonctionnement, refondant le régime de ces groupements, parmi lesquels on distingue désormais les GCS de moyens et les GCS établissements de santé, distinction précisément opérée au regard de la titularité des autorisations.

L'ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017, relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération – pardon d'être un peu techno, mais je veux être complet –, est venue compléter cet outil en identifiant, parmi les GCS de moyens, ceux considérés comme exploitants : ils exploitent en effet les autorisations de leurs membres, mais ce sont bien ces derniers qui en conservent la titularité.

La possibilité d'être titulaire d'autorisation a été maintenue à titre dérogatoire pour les GCS de moyens constitués avant 2009. Aux termes de l'article 7 de l'ordonnance de 2017, ces groupements seront mis en conformité avec le droit existant au 1^{er} janvier 2020. Ils rejoindront ainsi l'une des formes de coopération à leur disposition, ce qui leur permettra de poursuivre leurs projets de manière sécurisée et pérenne.

Dès lors, après examen approfondi avec les administrateurs de l'Assemblée nationale, que je remercie, il ne me semble pas souhaitable que perdurent pendant plus de dix ans des dispositifs dérogatoires au droit commun. Cette situation dérogatoire concerne d'ailleurs un tout petit nombre d'établissements. De surcroît, dans le cas présent, les leviers de coopération sont si nombreux dans le droit commun que rien ne justifie le maintien dans un statut dérogatoire. À la lumière de ces explications, je ne peux être que défavorable à ces amendements.

(Les amendements n° 903 et 908, repoussés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 954.

M. Paul-André Colombani. Il vise à créer un CHU en Corse, seule région, seule île, seul territoire de montagne à n'en être pas doté. Nous appelons donc l'État à se saisir de la question, en concertation avec les pouvoirs publics locaux.

Je fais miens les arguments de Jean-Pierre Door sur l'attractivité d'un tel établissement pour les étudiants, mais aussi pour les professionnels hospitaliers et leur carrière. Une telle mesure serait également source d'économies considérables, puisque 26 000 Corses se rendent chaque année sur le continent pour se faire soigner, avec toutes les dépenses que cela suppose pour l'assurance maladie et pour les familles corses, obligées de subir cette situation. À mon sens, la création d'un CHU rationaliserait aussi les dépenses de santé en Corse.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Je vois que M. Door, qui a porté le fer en commission pour Orléans, a donné des idées à certains... *(Sourires.)*

La décision de créer un CHU en Corse ne me semble pas du ressort du Parlement. Je laisse donc à Mme la ministre le soin de vous répondre, mon cher collègue. En l'état, l'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les auteurs de cet amendement souhaitent que l'un des sites hospitaliers en Corse – Ajaccio, j'imagine – devienne un CHU. Je veux être claire, pour ceux de nos concitoyens de Corse qui pourraient s'inquiéter.

L'existence ou non d'un CHU ne change rien à l'accès aux soins. La question, en Corse, est plutôt celle de l'accès à des spécialités ; c'est cela que nous devons aujourd'hui aux Corses, et ce n'est pas l'existence d'un CHU qui permettra d'améliorer cet accès.

Nul n'est besoin non plus d'un CHU pour accueillir des internes. Et la Corse en accueille : venus des CHU de Nice ou de Marseille, ils peuvent effectuer des stages dans les hôpitaux corses. La présence d'un CHU n'est donc pas la condition sine qua non pour accueillir des étudiants en formation.

En revanche, un CHU exige la présence d'une faculté de médecine, qui assure des formations et héberge des équipes de recherche. Or, vous le savez, l'université de Corse a mis en place une PACES – première année commune des études de santé –, à Corte. C'est une bonne chose, mais elle n'est pas en mesure, au-delà de la première année de médecine, de former des jeunes, car cela nécessiterait des locaux et des professeurs d'université. Le volume des étudiants en Corse ne permet évidemment pas de créer une faculté de médecine, d'odontologie et de pharmacie – puisqu'une université est composée d'un ensemble d'UFR, ou unités de formation et de recherche. L'île n'est pas non plus dotée d'équipes de recherche.

Pour ces différentes raisons, je ne suis pas favorable à votre amendement, même si nous devons en effet améliorer l'accès des Corses à plusieurs spécialités.

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

M. Paul-André Colombani. Avant de reprendre la parole sur mon amendement de repli, je veux marquer mon désaccord avec ce que vous venez de dire, madame la ministre. D'autres territoires insulaires, comme la Martinique ou La Réunion, avec des populations comparables – tout du moins pour la Martinique –, disposent d'un CHU, avec les professeurs et tout ce qu'il faut. Vos arguments ne tiennent donc pas.

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

M. Jean-Pierre Door. Associant Orléans et Ajaccio – villes dont les clubs de football évoluent d'ailleurs ensemble en ligue 2 *(Sourires)* –, je ferai cause commune avec mon collègue Colombani.

La Corse est tout de même une région à part entière. Il serait donc bienvenu d'envisager, à tout le moins, l'évolution vers la création d'un CHU. Je soutiens donc l'amendement de notre collègue insulaire.

Mme la présidente. La parole est à Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales. Un mot, car je ne voudrais pas laisser croire que je ne défends pas l'établissement d'Orléans.

Pour revenir au fond, les articles 1^{er} et 2 du projet de loi, qui réforment les études médicales, permettent à tous les établissements, même dépourvus de faculté de médecine, d'accueillir des étudiants en première année en médecine. La question, dès lors, n'est plus de savoir s'il faut ou non

un CHU : elle réside dans la responsabilité même des CHU, s'agissant de leur travail sur la population, en réseau et en graduation. C'est tout l'objet du présent texte.

(L'amendement n° 954 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Paul-André Colombani, pour soutenir l'amendement n° 966 rectifié.

M. Paul-André Colombani. Par cet amendement de repli, je souhaite que l'on étudie la possibilité de créer un CHU en Corse. Tous les acteurs – l'État, la région, les universitaires – se réuniraient ainsi autour d'une table pour discuter de la création de cet outil destiné à améliorer les conditions de prise en charge des patients en Corse.

Nous pourrions comparer la santé en Corse à un véhicule au réservoir percé, avec lequel on se déplace depuis des années. De temps en temps, un ministre, comme Xavier Bertrand il y a quelques années, injecte 100 litres dans le réservoir. Fort bien, mais, depuis le temps, le carburant s'est évaporé ! Mme Bachelot, elle, a remis un litre ou deux, de façon ponctuelle. Puis il arrive qu'un ministre nous prête une oreille un peu plus attentive, comme Mme Touraine, qui disait vouloir coller des rustines sur le réservoir. Ce que je vous demande, madame la ministre, c'est de changer de réservoir, point.

(L'amendement n° 966 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Article 10

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Brindeau, premier orateur inscrit sur l'article 10.

M. Pascal Brindeau. Avec l'article 10, nous sommes au cœur de ce que pourrait être l'avenir de l'hôpital en France : les groupements hospitaliers de territoire, dont nous avons déjà commencé à parler.

Je voudrais dire en préambule que personne ne saurait être défavorable aux logiques de mutualisation, de coopération et de complémentarité, conformes à l'objectif affiché des groupements hospitaliers de territoire. Cela dit, la principale difficulté est la mise en pratique de ces logiques, quelle que soit d'ailleurs la configuration du GHT.

Il a été question de GHT pluridépartementaux. Mais, dans celui du Loir-et-Cher, qui est monodépartemental, avec sept centres hospitaliers, la pratique conduit aussi très clairement à la concentration et à la centralisation de la gouvernance des services support au profit de l'hôpital central de Blois. Pourtant, rien dans le texte ni dans son esprit n'oblige à ce que l'ensemble des services support – financiers, de ressources humaines, etc. – soient l'apanage de l'hôpital central : grâce aux technologies modernes d'information et de transmission des données, on peut tout à fait imaginer des services déconcentrés dans l'un ou l'autre des établissements, à des fins d'aménagement du territoire. Rien n'oblige non plus à ce que le directeur du GHT concentre l'ensemble des délégations de signature, au détriment des directeurs des établissements secondaires, ou à ce que ce même directeur décide sans concertation de modifier totalement les services des systèmes d'information, qui coûtent un demi-million d'euros.

Mme la présidente. Merci, mon cher collègue.

M. Pascal Brindeau. Un mot encore. Le problème de l'article 10 est qu'il renforce cette tendance : sous couvert de volontariat, on donne toutes les clés de la gouvernance au GHT, au détriment des établissements secondaires et, en un sens, contre la logique des hôpitaux de proximité.

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

Mme Audrey Dufeu Schubert. Contrairement à notre collègue Brindeau, je trouve l'article 10 très intéressant en ce qu'il vient compléter l'article 8, consacré aux hôpitaux de proximité.

Les groupements hospitaliers de territoire vont permettre un véritable maillage territorial et une vraie cohérence des filières de soins, des filières médicales. Cette dimension pourra s'affirmer grâce à la création d'une commission médicale de groupement dans chaque GHT, chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement.

Les hôpitaux, je pense, ne doivent pas entrer en concurrence. De ce point de vue, une meilleure dynamique des projets médicaux, grâce à une vraie coopération entre les médecins sur un même territoire, sera très porteuse. Cela vaut également pour les filières de ressources humaines : s'il paraît déjà aberrant que des hôpitaux de même statut puissent se concurrencer en matière de santé, qu'ils parviennent à rivaliser en matière de recrutements et de compétences l'est encore plus ; il est bien plus logique de favoriser la coopération pour pallier les difficultés de recrutement et de ressources humaines, tant sur le volet médical que sur le volet paramédical.

Il s'agit donc d'un bel article, pour la coopération, la collaboration, la solidarité entre établissements.

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

M. Pierre Dharréville. Trois ans après la création des groupements hospitaliers de territoire par la loi de 2016, de nombreuses questions se posent quant à leur bien-fondé et leur utilité du point de vue de l'égal accès aux soins.

En mai 2018, dans un entretien que vous avez accordé à *Réseau hôpital & GHT*, vous déclariez, madame la ministre, que les GHT étaient « avant tout au service des patients ». C'était l'intention affichée ; mais quand on fait, comme nous, le tour de France des hôpitaux, on n'entend pas exactement le même son de cloche.

Bien souvent, les GHT sont des outils au service de restructurations hospitalières et de compressions d'effectifs. Dans les faits, les moyens hospitaliers ont été centralisés et accaparés au profit de grandes structures, ce qui a souvent vidé les hôpitaux locaux et éloigné l'hôpital de nos concitoyennes et concitoyens. Les économies supposées sont parfois contestables, par exemple sur la blanchisserie et la stérilisation, qui posent des problèmes pratiques et d'émissions de carbone.

Surtout, la création des GHT n'a pas permis de développer la coopération entre établissements. Conjuguée à la course à l'activité, elle a au contraire renforcé la concurrence entre les structures parties au GHT, le but étant, pour chaque hôpital, de conserver des parts de marché dans les actes prescrits. Elle n'a pas non plus permis de freiner l'exode des médecins vers les cliniques privées : près de 30 % des postes de praticiens sont vacants. Dans ces circonstances, la compétition vient se substituer à la coopération, sapant les fondements du service public hospitalier.

Enfin, aucune évaluation des regroupements hospitaliers n'a été faite, en dépit de nombreux dysfonctionnements. Avant d'aller plus loin dans le développement et l'accélération de la constitution de GHT, il faudrait pourtant évaluer leurs effets sur l'offre de soins et les conditions de travail des personnels hospitaliers, puis en tirer les conclusions qui s'imposent.

On ne peut pas poursuivre cette fuite en avant ; il faut d'abord se poser les bonnes questions.

Mme Caroline Fiat. Très bien !

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

M. Jean-Pierre Door. Je voudrais parler, comme je l'ai fait en commission, de la commission médicale de groupement. Si l'on veut que le travail commun des différents partenaires du GHT s'effectue aussi sereinement que possible ou du moins dans les meilleures conditions et avec succès, il faut parvenir au bon équilibre au stade de la décision, mais aussi dans la composition même de la commission médicale.

Dans le GHT que je connais, il existe un conseil stratégique des élus, où tous les territoires sont représentés à parts égales, et tout se passe au mieux lors des débats et des décisions. Nous devrions adopter la même démarche : au sein du GHT, la commission médicale de groupement devrait être équilibrée et représenter également toutes les parties prenantes, sans majorité absolue.

Enfin, je propose la tenue d'une mission ou la remise d'un rapport d'évaluation des GHT trois ans après leur constitution, car on a observé que certains fonctionnent normalement, d'autres bien, mais que d'autres encore rencontrent des problèmes.

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

Mme Caroline Fiat. Une fois de plus, nous allons devoir discuter d'un article qui ne nous dit rien, sinon que vous voulez les pleins pouvoirs pour donner un coup de canif supplémentaire à l'autonomie des hôpitaux locaux. En renforçant l'intégration des établissements de santé dans les GHT, vous poursuivez, en l'aggravant, le processus de fusion et par là même de fermeture des hôpitaux publics.

Instruments privilégiés du démantèlement du système public de santé, les GHT ont pour principale mission d'accroître les restrictions budgétaires dans tous les domaines du fonctionnement de l'hôpital, notamment touchant les effectifs de personnel. Vous voulez forcer la mutualisation des ressources humaines, aggravant ainsi le morcellement des équipes médicales et les suppressions de postes ; le transfert de la gestion de l'ensemble des personnels est en ligne de mire.

Après les fonctions hôtelières et les médicaments, les GHT vont désormais déterminer le projet médical de l'ensemble des établissements concernés. Cette mesure est très grave dans la mesure où elle acte une logique centralisatrice dont les conséquences pour les personnels et les patients seront considérables.

À cette vision exclusivement comptable, les GHT ajoutent une lourdeur et une complexité de gestion dont le coût, notamment du fait des nombreux cabinets de conseil privés intervenus dans le processus, est insupportable.

Les hôpitaux sont vent debout contre la mesure. Ils ne veulent qu'une chose : que vous les laissiez en paix, que vous les laissiez s'organiser au mieux en fonction des besoins du terrain. Nous demandons donc une gouvernance démocratique de l'hôpital, en phase avec ces besoins.

Mme la présidente. La parole est à M. Didier Martin.

M. Didier Martin. Les GHT ont permis une véritable transformation de notre réseau de soins.

Mme Caroline Fiat. Ça, c'est sûr...

M. Didier Martin. Ils répondent bien sûr à des besoins de rigueur économique et de gestion des personnels et correspondent à la nécessité de dispenser, au plus près du territoire, des soins de meilleure qualité en obéissant à une logique de gradation des soins et de gestion commune. Il faut saluer cette démarche, en rupture avec une culture hospitalière ancienne qui ne peut perdurer dans les conditions démographiques actuelles et compte tenu des besoins et des moyens alloués à notre santé – lesquels restent malgré tout de qualité.

La commission médicale de groupement, à laquelle devraient normalement participer des membres des différentes commissions médicales des établissements constituant le GHT, pourrait très utilement prendre en charge la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un aspect transversal que les établissements peuvent mettre en commun et discuter, et qui engage également le bien-être des personnels au travail. N'oublions pas, en effet, que les GHT impliquent une grande mobilité du personnel et sa bonne volonté : sans son adhésion à la nouvelle organisation, leur fonctionnement pourrait s'avérer compliqué, ce qui n'est absolument pas notre vœu à l'heure où nous transformons l'organisation des réseaux de santé sur notre territoire.

Mme la présidente. La parole est à M. Joachim Son-Forget.

M. Joachim Son-Forget. L'idée de poursuivre l'intégration au sein des GHT est louable. Néanmoins, comme le montrent les interventions de nos différents collègues, se pose toujours le problème de la concurrence entre plusieurs établissements publics, de sorte qu'au lieu d'un véritable réseau, d'un maillage propice à la disponibilité des soins, on aboutit à des effets de vases communicants, aggravés par la tendance très française au renforcement de l'établissement le plus central – ici l'hôpital le plus important.

J'avais signalé, à la lumière d'une initiative louable d'ouverture à l'exercice mixte, ce risque d'effets de vases communicants, de mise en concurrence – en l'espèce entre établissements privés et publics – et de non-disponibilité des praticiens. Et ici, le problème est encore plus complexe puisque la concurrence oppose des établissements publics. Je vis dans une région transfrontalière, à Genève ; c'est un autre sujet, mais prenons garde que de tels réseaux qui se groupent autour d'hôpitaux centraux ne déplacent l'offre de soins encore plus loin de personnes qui en viendraient, du coup, à se tourner vers un pays voisin ou un hôpital plus proche géographiquement que l'établissement le plus influent au sein du GHT.

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

M. Jean-Carles Grelier. Je veux revenir sur l'ambiguïté fondamentale qui affecte le statut juridique des GHT. Vous n'y êtes pour rien, madame la ministre : elle résulte de la loi HPST, laquelle n'a pas poussé jusqu'au bout la

logique de coopération et de mutualisation qui prévalait à l'époque. Cela a produit un canard boiteux qui essaie maintenant d'avancer comme il le peut.

Je l'ai dit, si la fonction achats a été mutualisée, elle continue de relever de la compétence et de l'hôpital support et des hôpitaux parties, ce qui ne manquera pas de créer une véritable ambiguïté juridique tant pour les directeurs d'établissements support que pour ceux des établissements parties – vous le verrez dans mon futur rapport sur les achats hospitaliers rédigé pour la MECSS, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.

La difficulté est la même en matière de mutualisation des personnels. Je confirme respectueusement à Mme la directrice générale de l'offre de soins que, selon une jurisprudence constante du Conseil d'État, un avis qui n'est qualifié ni de conforme ni de simple mais qui est rendu obligatoire par la procédure vaut acte unilatéral de la part de l'administration et a donc valeur de décision administrative.

En dernier lieu, vous créez une commission médicale d'établissement dans une structure qui n'est pas un établissement. Quelle sera donc l'articulation de la commission médicale de groupement avec les CME des hôpitaux parties? Jouira-t-elle d'une autorité hiérarchique? On a bien vu qu'elle sera consultée, notamment sur le recrutement des personnels médicaux par le groupement, mais comment cette commission d'un prétendu établissement pourra-t-elle donner des avis qui s'imposeront – encore que le texte ne le précise pas – alors même que le groupement n'aura pas la personnalité juridique?

Nous aurions eu intérêt, à un moment, à remettre à plat la situation des GHT. Nous nous trouvons dans l'ambiguïté depuis le début – vous n'y êtes absolument pour rien, madame la ministre, mais j'ai peur que nous nous y maintenions alors qu'il faudra bien en sortir un jour.

Nous avons échappé de peu, dans mon département, à un contentieux qui aurait pu remettre en cause le fonctionnement et l'organisation des GHT. Il y aura sans doute d'autres contentieux, ce qui placera les établissements et leurs directeurs dans des situations juridiques et administratives extrêmement complexes.

Mme la présidente. Avant de lever la séance, je vous informe que nous avons examiné 109 amendements ce matin, soit 34 par heure. Je vous fais grâce du calcul du nombre d'heures qu'il faudra, à ce rythme, pour examiner les 615 amendements qui restent...

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures :

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 treize heures.)

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

SERGE EZDRA