

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mardi 11 juin 2019

(102^e jour de séance de la session)



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. GÉRARD LARCHER

Secrétaires :

Mme Annie Guillemot, M. Michel Raison.

1. **Procès-verbal** (p. 8238)
2. **Conférence des présidents** (p. 8238)
3. **Organisation et transformation du système de santé.** – Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission modifié (p. 8238)

Seconde délibération (p. 8238)

Demande de seconde délibération sur l'article 28. – Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé; Mme Laurence Rossignol. – Adoption par scrutin public n° 147.

Suspension et reprise de la séance (p. 8240)

Article 28 (*nouveau*) (p. 8240)

Amendement n° A-1 de la commission

Mme Éliane Assasi

Mme Laurence Rossignol

Mme Françoise Laborde

Mme Corinne Imbert

Mme Laurence Cohen

M. Alain Houpert

Mme Annick Billon

M. Rachid Temal

Mme Michelle Meunier

Mme Monique Lubin

M. Michel Amiel

Mme Marie-Noëlle Lienemann

M. David Assouline

Mme Samia Ghali

Mme Corinne Féret

Mme Catherine Deroche

Mme Françoise Gatel

M. Yves Daudigny

M. Pierre Laurent

M. Roger Karoutchi

M. Olivier Cadic

Mme Christine Prunaud

Mme Marie-Pierre Monier

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, rapporteur

Adoption, par scrutin public n° 148, de l'amendement supprimant l'article

Suspension et reprise de la séance (p. 8247)

4. **Hommage aux sauveteurs en mer** (p. 8247)

5. **Questions d'actualité au Gouvernement** (p. 8248)

NAUFRAGE ET SOCIÉTÉ NATIONALE DE SAUVETAGE EN MER
(p. 8248)

M. Bruno Retailleau; M. Édouard Philippe, Premier ministre.

FINANCEMENT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE SAUVETAGE EN MER (p. 8249)

Mme Annick Billon; M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

SITUATION DES URGENTISTES (I) (p. 8249)

M. Michel Amiel; Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.

TAXATION DU KÉROSÈNE (p. 8250)

Mme Josiane Costes; M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire; Mme Josiane Costes.

SITUATION DES SERVICES D'URGENCES

Mme Cathy Apourceau-Poly; Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé; Mme Cathy Apourceau-Poly.

SITUATION DES URGENTISTES (II) (p. 8252)

M. Jean-Louis Tourenne; Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé; M. Jean-Louis Tourenne.

SIMPLIFICATION DES PROCÉDURES SUR LES EMBARGOS ET EXTRATERRITORIALITÉ DU DROIT AMÉRICAIN (p. 8252)

M. Joël Guerriau ; M. Jean-Baptiste Lemoyne, secrétaire d'État auprès du ministre de l'Europe et des affaires étrangères.

RENAULT-NISSAN-FIAT (p. 8253)

Mme Sophie Primas ; Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances.

DÉCENTRALISATION ET ÉVOLUTION DE LA LOI PORTANT NOUVELLE ORGANISATION TERRITORIALE DE LA RÉPUBLIQUE (p. 8254)

M. Jean-Marc Gabouty ; M. Julien Denormandie, ministre auprès de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, chargé de la ville et du logement ; M. Jean-Marc Gabouty.

GRÈVE DANS LES URGENCES (p. 8255)

M. Jean Sol ; Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.

EMPLOI DES JEUNES EN OUTRE-MER (p. 8256)

M. Maurice Antiste ; Mme Sibeth Ndiaye, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, porte-parole du Gouvernement.

SCANDALE DES FAUX STEAKS HACHÉS (p. 8256)

Mme Jocelyne Guidez ; Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances.

Suspension et reprise de la séance (p. 8257)

PRÉSIDENTE DE M. THANI MOHAMED SOILIH

Secrétaires :

Mme Annie Guillemot, M. Michel Raison, Mme Patricia Schillinger.

6. **Organisation et transformation du système de santé.** – Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission modifié (p. 8257)

Explications de vote sur l'ensemble (p. 8258)

M. Michel Amiel

Mme Laurence Cohen

M. Yves Daudigny

Mme Véronique Guillotin

Mme Nassimah Dindar

M. Daniel Chasseing

Mme Corinne Imbert

Ouverture du scrutin public solennel (p. 8265)

Suspension et reprise de la séance (p. 8265)

7. **Participation des conseillers de la métropole de Lyon aux prochaines élections sénatoriales.** – Adoption d'une proposition de loi dans le texte de la commission (p. 8265)

Texte élaboré par la commission (p. 8265)

Vote sur l'ensemble (p. 8265)

Mme Claudine Thomas, rapporteure de la commission des lois

M. Laurent Nunez, secrétaire d'État auprès du ministre de l'intérieur

Mme Cécile Cukierman

M. Gilbert-Luc Devinaz

Mme Mireille Jouve

Mme Michèle Vullien

M. Alain Marc

M. Alain Richard

M. François-Noël Buffet

Adoption de la proposition de loi dans le texte de la commission.

8. **Organisation et transformation du système de santé.** – Adoption en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission modifié (p. 8271)

Proclamation du résultat du scrutin public solennel (p. 8271)

Adoption, par scrutin public n° 149, du projet de loi dans le texte de la commission, modifié.

Suspension et reprise de la séance (p. 8271)

PRÉSIDENTE DE MME CATHERINE TROENDLÉ

9. **Lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux.** – Adoption d'une proposition de loi dans le texte de la commission modifié (p. 8271)

Discussion générale :

M. Bruno Gilles, auteur de la proposition de loi

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur de la commission des affaires économiques

M. Julien Denormandie, ministre auprès de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, chargé de la ville et du logement

Mme Annie Guillemot

M. Éric Gold

Mme Sylvie Vermeillet

M. Jean-Pierre Decool

M. Didier Rambaud
 Mme Cécile Cukierman
 Mme Anne-Marie Bertrand
 Mme Samia Ghali
 Mme Nadia Sollogoub
 M. François Grosdidier
 Clôture de la discussion générale.
 Mme Sophie Primas, présidente de la commission des affaires économiques

Article 1^{er} A (*nouveau*) (p. 8284)

M. Roland Courteau
 Mme Marie-Noëlle Lienemann
 Mme Samia Ghali
 M. Fabien Gay
 M. Julien Denormandie, ministre
 Amendement n° 1 rectifié *quinquies* de M. Jean-Pierre Decool. – Retrait.
 Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 1^{er} A (p. 8287)

Amendement n° 10 rectifié *quater* de Mme Annie Guillemot. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.
 Amendement n° 31 rectifié *bis* de Mme Valérie Létard. – Retrait.

Article 1^{er} B (*nouveau*) – Adoption. (p. 8289)

Articles additionnels après l'article 1^{er} B (p. 8289)

Amendement n° 27 rectifié de M. Éric Gold. – Retrait.
 Amendement n° 17 rectifié de Mme Samia Ghali. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 1^{er} C (*nouveau*) (p. 8290)

Amendement n° 32 de la commission. – Adoption.
 Amendement n° 8 rectifié *bis* de Mme Annie Guillemot. – Adoption.
 Amendement n° 28 rectifié de M. Éric Gold. – Retrait.
 Amendement n° 25 rectifié de M. Éric Gold. – Adoption.
 Amendement n° 33 de la commission. – Adoption.
 Amendement n° 29 rectifié de M. Éric Gold. – Retrait.
 Amendement n° 30 rectifié *bis* de M. Éric Gold. – Retrait.
 Adoption de l'article modifié.

Article 1^{er} D (*nouveau*) (p. 8297)

Amendement n° 11 rectifié *quater* de Mme Sylviane Noël. – Retrait.
 Adoption de l'article.

Article 1^{er} E (*nouveau*) – Adoption. (p. 8298)

Articles additionnels après l'article 1^{er} E (p. 8298)

Amendement n° 24 rectifié *bis* de M. Éric Gold. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.
 Amendement n° 13 rectifié *quater* de Mme Sylviane Noël. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 1^{er} – Adoption. (p. 8299)

Article 2 (p. 8300)

Amendement n° 20 de M. Rachid Temal. – Non soutenu.
 Amendement n° 12 rectifié *quinquies* de Mme Sylviane Noël. – Adoption.
 Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 2 (p. 8301)

Amendement n° 26 rectifié de M. Éric Gold. – Retrait.

Article 2 *bis* (*nouveau*) – Adoption (p. 8302)

Article additionnel après l'article 2 *bis* (p. 8302)

Amendement n° 2 rectifié de Mme Annie Guillemot. – Retrait.

Article 2 *ter* (*nouveau*) – Adoption. (p. 8303)

Article 3 (*supprimé*) (p. 8303)

Articles 4, 4 *bis* (*nouveau*) et 4 *ter* (*nouveau*) – Adoption. (p. 8303)

Articles additionnels après l'article 4 *ter* (p. 8303)

Amendement n° 3 rectifié de Mme Annie Guillemot. – Rejet.
 Amendement n° 15 de Mme Samia Ghali. – Rejet.
 Amendement n° 4 rectifié *bis* de Mme Annie Guillemot. – Rejet.
 Amendements identiques n°s 22 rectifié de Mme Annie Guillemot et 34 de la commission. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.
 Amendement n° 18 de M. Victorin Lurel. – Non soutenu.
 Amendement n° 9 rectifié de Mme Catherine Conconne. – Retrait.
 Amendement n° 23 de Mme Victoire Jasmin. – Retrait.

Articles 5 et 6 (<i>supprimés</i>) (p. 8311)	Articles 7, 8 et 9 – Adoption. (p. 8312)
Articles additionnels avant l'article 7 (p. 8311)	Article additionnel après l'article 9 (p. 8312)
Amendement n° 5 rectifié de Mme Annie Guillemot. – Rejet.	Amendement n° 21 de M. Rachid Temal. – Non soutenu.
Amendement n° 6 rectifié de Mme Annie Guillemot. – Rejet.	Vote sur l'ensemble (p. 8312)
	Adoption de la proposition de loi dans le texte de la commission, modifié.
	10. Ordre du jour (p. 8312)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. GÉRARD LARCHER

Secrétaires :
Mme Annie Guillemot,
M. Michel Raison.

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures.)

1

PROCÈS-VERBAL

M. le président. Le compte rendu intégral de la séance du vendredi 7 juin 2019 a été publié sur le site internet du Sénat.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté.

2

CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS

M. le président. Mes chers collègues, la conférence des présidents réunie ce jour a décidé, en accord avec le Gouvernement, de modifier l'ordre du jour des mercredi 12, jeudi 13 et mardi 18 juin.

Le mercredi 12 juin, à quinze heures, aura lieu la lecture devant le Sénat de la déclaration de politique générale du Gouvernement.

En conséquence, l'espace réservé au groupe communiste républicain citoyen et écologiste, initialement prévu de quatorze heures trente à dix-huit heures trente, est décalé au même jour de seize heures à vingt heures, la séance du soir étant consacrée à la suite éventuelle de la proposition de loi visant à améliorer la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux. Je remercie le groupe CRCE de sa compréhension.

Le jeudi 13 juin, à neuf heures trente, M. le Premier ministre présentera la déclaration de politique générale, qui sera suivie d'un débat et d'un vote par scrutin public à la tribune.

En conséquence, l'examen de la proposition de résolution visant à clarifier et actualiser le règlement du Sénat est reporté au mardi 18 juin, à quatorze heures trente.

Y a-t-il des observations?...

Il en est ainsi décidé.

3

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission modifié

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (projet n° 404, texte de la commission n° 525, rapport n° 524, avis n° 515 et 516).

Seconde délibération

M. le président. La commission des affaires sociales demande qu'il soit procédé à une seconde délibération de l'article 28.

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. C'est glorieux!

Mme Laurence Cohen. Vous avez eu tout le week-end pour réfléchir!

Mme Laurence Rossignol. Quelle honte!

M. le président. Je rappelle que, en application de l'article 43, alinéa 4, du règlement, tout ou partie d'un texte peut être renvoyé, sur décision du Sénat, à la commission, pour une seconde délibération, à condition que la demande de renvoi ait été formulée ou acceptée par le Gouvernement.

Le Gouvernement accepte-t-il cette demande de seconde délibération?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, sur la question de l'interruption volontaire de grossesse, ou IVG, je ne peux être suspectée d'aucune façon. *(Exclamations sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.)*

Chacun le sait, je suis particulièrement attachée à l'amélioration des droits sexuels et reproductifs des femmes.

Le délai de recours à l'IVG n'est pas le même entre les pays, mais les systèmes de prise en charge des IVG ne sont pas toujours organisés comme le nôtre. L'objectif premier est que toutes celles qui le souhaitent doivent pouvoir bénéficier d'une IVG sûre et de qualité, quelles que soient leurs conditions et dans tous les territoires.

Je serai intraitable et me battraï inlassablement, parce que les menaces sont constantes – l'actualité internationale nous l'enseigne tous les jours. Nous devons ainsi poursuivre nos efforts pour assurer une offre diversifiée de proximité réelle et accessible de façon permanente, répondant aux besoins des territoires en matière d'IVG.

J'aurai l'occasion de revenir devant les parlementaires pour présenter les résultats de l'enquête lancée auprès des agences régionales de santé pour identifier les difficultés d'accès éventuellement rencontrées. (*Murmures sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. Il vous faut cela pour le savoir ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est pour cela que j'ai soutenu l'amendement de Mme la sénatrice Laurence Rossignol rétablissant le rapport du Gouvernement au Parlement sur l'accès à l'IVG. Ce rapport sera rendu en fin d'année.

J'estime à présent en conscience et en responsabilité que les conditions dans lesquelles le Sénat s'est prononcé vendredi dernier pour allonger le délai pour recourir à une IVG n'étaient pas satisfaisantes. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Elles n'étaient pas satisfaisantes compte tenu des circonstances particulières du vote.

M. Patrick Kanner. Séparation des pouvoirs !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Elles n'étaient pas satisfaisantes, parce que le projet de loi est centré sur l'organisation des soins. (*Murmures accentués sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Je sais que cette demande d'allongement du délai d'IVG est soutenue par le planning familial, acteur incontournable du droit des femmes, et j'en recevrai les membres pour discuter avec eux de l'accès à l'IVG.

En acceptant la seconde délibération demandée par la commission des affaires sociales, je veux réunir les conditions...

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. Lesquelles ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. ... pour que ce débat légitime ait lieu dans le bon cadre et en assurant l'ensemble des échanges que l'importance du sujet exige.

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. Quelle différence ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cela ne peut pas être traité dans ce projet de loi et dans les conditions dans lesquelles le débat s'est déroulé.

M. André Reichardt. Très bien !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Pour cette raison et sans préjudice du débat et des justes questions posées sur l'accès effectif à l'IVG, débat qui devra se tenir dans un cadre plus adapté, le Gouvernement est favorable à une seconde délibération. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche, du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, du groupe Les Indépendants – République et Territoires, du groupe Union Centriste et du groupe Les Républicains.*)

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, contre la demande de seconde délibération.

Mme Laurence Rossignol. Je salue les applaudissements soutenus dont Mme la ministre vient de bénéficier de la part de la droite (*Vives exclamations sur les travées du groupe Les Républicains*), sur un sujet aussi sensible et aussi clivant entre la droite et la gauche que l'est celui de l'IVG.

Mme Sophie Primas. Et alors ?

Mme Laurence Rossignol. Vous dites que les conditions du vote de l'amendement relatif à l'extension de deux semaines du délai de recours à l'IVG ne sont pas satisfaisantes. (*Nouvelles exclamations sur les mêmes travées.*)

Vous pouvez continuer, cela ne m'arrêtera pas !

M. François Grosdidier. Simone Veil n'était pas sectaire, elle !

Mme Laurence Rossignol. Je ne comprends pas pourquoi elles le seraient moins que pour tous les autres votes qui ont eu lieu au cours de la même matinée ou de la même journée, ...

Mme Laurence Cohen. Exactement !

Mme Laurence Rossignol. ... qui avaient, en revanche, l'avantage de vous convenir, madame la ministre, ainsi qu'à la droite du Sénat, puisqu'ils allaient dans votre sens. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*) Et donc ceux-là sont conformes...

Ce vote serait moins représentatif parce que nous étions vingt-deux dans l'hémicycle ? Cet amendement a été voté par les présents, et non par des absents, à la différence des autres amendements relatifs à l'IVG qui ont tous fait l'objet d'un scrutin public et qui ont été refusés. Le Sénat est le seul endroit qui contredit l'adage, puisque, quand il s'agit de voter, les absents y ont toujours raison ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

Il n'y aurait pas eu suffisamment de débats ? Sur de nombreux sujets, nous ne sommes pas tous très informés et nos connaissances ne sont pas universelles. En revanche, en ce qui concerne l'allongement de deux semaines du délai de recours à l'IVG, le sujet a été travaillé et est connu : il a été identifié dans des cercles comme le planning familial, que vous ne fréquentez peut-être pas, mes chers collègues, mais que, moi, je fréquente ! (*Protestations sur les travées du groupe Les Républicains et du groupe Union Centriste.*) Il n'y a pas de doute.

En conclusion, ce que vous faites aujourd'hui n'est qu'une petite combine de procédure mise au point par le groupe LR du Sénat et le Gouvernement pour s'opposer à une avancée très attendue sur l'accès à l'IVG. (*Bravo ! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. Je consulte le Sénat sur la demande de seconde délibération.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains. (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

Mme Marie-Pierre de la Gontrie. Courage, fuyons !

M. le président. Je rappelle que l'avis de la commission est favorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 147 :

Nombre de votants	320
Nombre de suffrages exprimés	319
Pour l'adoption	232
Contre	87

Le renvoi à la commission pour une seconde délibération est décidé.

Conformément à l'article 43, alinéa 5, de notre règlement, « lorsqu'il y a lieu à seconde délibération, les textes adoptés lors de la première délibération sont renvoyés à la commission, qui doit présenter un nouveau rapport ».

La commission va donc se réunir pour présenter un rapport.

J'interroge la commission sur la durée de la suspension qu'elle estime nécessaire pour présenter le nouveau rapport.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, la commission va se réunir en salle 213. Je pense qu'une suspension d'une trentaine de minutes suffira.

M. le président. Mes chers collègues, je vais donc suspendre la séance afin de permettre à la commission des affaires sociales de se réunir.

La séance est suspendue.

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

M. le président. La séance est reprise.

Mes chers collègues, je vous informe que le vote solennel sur l'ensemble du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé aura lieu en salle des conférences à l'issue des questions d'actualité au Gouvernement, et ce sans suspendre la séance consacrée aux explications de vote sur la proposition de loi visant à permettre aux conseillers de la métropole de Lyon de participer aux prochaines élections sénatoriales.

Nous allons procéder à la seconde délibération.

Je rappelle au Sénat les termes de l'article 43, alinéa 6, du règlement: « Dans sa seconde délibération, le Sénat statue seulement sur les nouvelles propositions du Gouvernement ou de la commission, présentées sous forme d'amendements, et sur les sous-amendements s'appliquant à ces amendements. »

Article 28 (nouveau)

À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 2212-1 du code de la santé publique, le mot: « douzième » est remplacé par le mot: « quatorzième ».

M. le président. L'amendement n° A-1, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé:

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, rapporteur. La commission demande la suppression de cet article, introduit contre l'avis du Gouvernement et celui de la commission, qui prolonge de deux semaines le délai d'accès à l'IVG.

Cet article ne se rattache au projet de loi que de manière très ténue, du fait de la présence, à l'article 17 du texte déposé à l'Assemblée nationale, d'une mesure de simplification

prévoyant la suppression de l'obligation pour les professionnels de santé concernés de réaliser, à des fins statistiques, un bulletin papier pour chaque interruption volontaire de grossesse. Il intervient sans qu'aucune concertation préalable ait été menée sur ce sujet, notamment avec la communauté scientifique et médicale.

Ce n'est pas dans ces conditions ni dans ces circonstances, au terme de l'examen d'un texte portant sur l'organisation du système de santé, qu'un débat sur le délai d'accès à l'IVG doit être mené et tranché.

M. Roger Karoutchi. Très bien!

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. La parole est à Mme Éliane Assassi, pour explication de vote.

Mme Éliane Assassi. Je souhaite rappeler, à l'occasion de l'examen de l'amendement qui nous est présenté par le président Milon, que l'IVG fait l'objet de multiples campagnes et de nombreuses attaques visant à remettre en cause ce droit. Or je veux le rappeler ici et y insister: l'IVG est un droit dans notre pays. *(Exclamations sur les travées du groupe Les Républicains.)*

M. Rachid Temal. Bravo!

Mme Éliane Assassi. La proposition d'allonger les délais émane non pas de quelques sénatrices ou de quelques sénateurs, mais de professionnels de la santé ou de structures, comme le planning familial, qui accompagnent les femmes ayant recours à une IVG.

En outre, la disposition contenue dans l'amendement de Mme Rossignol, aujourd'hui remise en cause, s'inscrivait pleinement dans le débat sur le projet de loi Santé. Il a en effet été démontré, lorsque nous avons longuement discuté des déserts médicaux, que la pénurie de médecins et de structures médicales pratiquant des IVG pouvait justifier la prolongation du délai de deux semaines.

Moi qui étais présente vendredi matin, je considère que les débats se sont bien déroulés et que les parlementaires qui ont voté ce jour-là ont pris toutes leurs responsabilités. Certes, nous étions en faible nombre dans l'hémicycle, mais, dans ce cas, pourquoi la commission ou un groupe – je pense au groupe Les Républicains – n'ont-ils pas demandé un scrutin public, qui était possible?

L'argument du nombre ne tient pas. La privatisation d'Aéroports de Paris a été votée à l'Assemblée nationale en présence de 45 députés, à six heures du matin.

M. Bruno Sido. C'est moins grave!

Mme Éliane Assassi. Pour autant, personne n'a demandé de seconde délibération en raison du faible nombre de députés présents dans l'hémicycle. *(Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste et du groupe socialiste et républicain.)* C'est tout simplement parce que le Gouvernement et la majorité à l'Assemblée nationale sont favorables à cette privatisation. Il y a là deux poids, deux mesures.

Je considère pour ma part que cette seconde délibération est un coup de force contre l'expression démocratique de la Haute Assemblée! *(Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste et du groupe socialiste et républicain. – M. Bruno Sido s'exclame.)*

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. Nous avons passé cinq jours la semaine dernière à essayer de trouver ensemble des solutions pour lutter contre la désertification médicale et, pour ma part, contre les conséquences en particulier des fermetures massives de maternités sur l'accès à l'IVG.

À cet égard, je regrette que nous n'ayons pas adopté un autre amendement que j'avais déposé au nom du groupe socialiste, tendant à préciser qu'il devait obligatoirement y avoir un centre de planification et d'orthogénie dans chaque hôpital de proximité. Si cet amendement avait été adopté, peut-être ne parlerions-nous pas dans les mêmes termes aujourd'hui de celui-ci. C'est ma première remarque.

Je ferai une seconde remarque. Je ne peux pas laisser dire, sous-entendre ou présupposer que, après l'allongement des délais de l'IVG à quatorze semaines, on passerait à seize, puis à dix-huit, voire plus. C'est mal connaître les femmes ! Quand une femme enceinte ne peut pas garder un enfant, plus vite elle avorte, mieux c'est. (*Exclamations sur les travées du groupe Les Républicains.*) N'oubliez pas que les femmes vont se dire que, puisqu'elles ont deux semaines de plus pour avorter, elles vont partir en vacances et qu'elles verront après ! (*Mêmes mouvements.*)

Je vais vous expliquer pourquoi il faut allonger les délais. En France, chaque année, entre 3 000 et 5 000 femmes partent à l'étranger pour y avorter, et ce pour plusieurs raisons : il peut s'agir de difficultés d'accès aux soins, de la désorganisation des services, du manque de médecins, des vacances d'été – elles sont dramatiques pour l'accès à l'IVG – ou de raisons personnelles. Il faut savoir que 75 % des femmes qui ont recours à un avortement sont sous contraception. Elles ne comprennent donc pas immédiatement qu'elles sont enceintes et que leur retard de règles est le signe d'une grossesse, et non un déséquilibre de leur contraception. Enfin, les mineures, les jeunes filles, elles, ne savent même pas ce qui leur arrive et n'osent pas en parler.

Voilà de bonnes raisons d'allonger de deux semaines le délai d'IVG, comme cela se pratique dans bien d'autres pays.

En fait, la décision que vous allez prendre, mes chers collègues, va accroître les injustices sociales. Celles qui ont les moyens continueront d'aller à l'étranger – merci aux pays voisins de faire ce qu'on ne veut pas faire ! Quant aux autres, elles se débrouilleront comme elles le pourront.

Madame la ministre, j'avoue que je suis surprise. Votre liste aux élections européennes a promu le « pacte Simone Veil », le « bouquet législatif », la solidarité entre les femmes de tous les pays d'Europe pour les meilleures lois sur l'IVG. Quel message envoyez-vous aujourd'hui ? (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

Enfin, si M. le président m'y autorise, permettez-moi de vous confier un petit message pour votre collègue, Mme Schiappa, secrétaire d'État, qui appelait hier la gauche, dans un article du *Journal du dimanche*, à rejoindre le parti unique En Marche. Eh bien, franchement, si c'est ça En Marche, non merci ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à Mme Françoise Laborde, pour explication de vote.

Mme Françoise Laborde. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, sur un sujet aussi important et sensible, la première des choses à faire est, me semble-t-il, de prendre de la hauteur et d'agir de façon dépassionnée.

Je rappelle tout d'abord que le droit à l'IVG a été considérablement amélioré ces dernières années.

En 2001, les délais pour pratiquer une IVG ont été portés de dix à douze semaines.

En 2013, l'IVG est devenue gratuite pour toutes les femmes.

En 2014, la notion de détresse a disparu.

En 2016, le délai minimal de réflexion d'une semaine a été supprimé, les sages-femmes pouvant désormais pratiquer des IVG médicamenteuses et les centres de santé des IVG instrumentales.

M. Roland Courteau. C'est la gauche, ça !

Mme Françoise Laborde. En 2017, le délit d'entrave à l'IVG a été étendu aux sites anti-avortement insidieux.

Mme Laurence Rossignol. Et ça, c'est moi !

Mme Françoise Laborde. Notre groupe a longuement débattu ce matin de ce sujet et a unanimement décidé de ne pas prendre part au vote sur cet amendement. C'est pourquoi nous n'avons pas participé non plus au vote sur la seconde délibération.

En effet, comme nous l'a expliqué Mme la ministre, le Sénat a rétabli l'article 27, qui prévoit la remise d'un rapport sur l'accès effectif à l'IVG et sur les difficultés d'accès à l'IVG dans les territoires, y compris les refus de certains praticiens de pratiquer une IVG.

Sur la forme, il nous paraît indispensable de prendre le temps d'une réflexion très approfondie sur un tel sujet, notamment, mes chers collègues, au regard de ce qui se pratique chez nos voisins. Il y a mieux, il y a pire. Le présent texte ne nous semble donc pas constituer le bon véhicule législatif. Donnons-nous le temps et les moyens de nos ambitions, par exemple dans la perspective du prochain projet de loi de bioéthique.

Nous ne voulons pas non plus entrer dans des polémiques qui ne nous apparaissent pas comme constructives. (*Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen. – M. François Patriat applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

Mme Corinne Imbert. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je partage les propos de notre collègue. Comme elle, je considère que cette question relève davantage de la loi de bioéthique. On ne doit effectivement pas traiter ce sujet au détour d'un texte portant sur l'organisation et la transformation de notre système de santé.

Je rappellerai juste ce que j'ai dit il y a quelques minutes en commission des affaires sociales. À la fin de l'année 2000, le président du Sénat de l'époque et le président de l'Assemblée nationale avaient saisi pour avis le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, le CCNE, sur une prolongation du délai de recours de dix à douze semaines.

Telle avait alors été la conclusion du CCNE : « Ce débat sur le prolongement du délai de l'IVG doit ainsi relancer les interrogations sur les circonstances et les facteurs qui conduisent plus de 200 000 femmes par an à vouloir interrompre leur grossesse. Le CCNE considère que le débat éthique se situe en amont et pas seulement dans l'allongement du délai prévu par la loi. » (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – Exclamations sur des travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. À vous entendre, il est urgent d'attendre !

Cela a été dit, les associations, notamment le planning familial, nous alertent sur le fait que, aujourd'hui, en 2019, mes chers collègues, le droit à l'interruption volontaire de grossesse est remis en cause, puisqu'un certain nombre de femmes, entre 3 000 et 5 000 chaque année, se rendent à l'étranger pour y avorter. (*Exclamations sur les travées du groupe Les Républicains.*) Vous avez beau être choqués, les faits sont là : telle est la réalité !

Nous avons discuté pendant une semaine, jusqu'à des heures extrêmement tardives, de l'organisation des soins sur notre territoire. L'interruption volontaire de grossesse serait selon vous un droit à part, qu'il conviendrait de traiter dans un meilleur véhicule législatif. Mme la ministre nous dit qu'elle va charger une commission de faire un état des lieux précis. Quand les parlementaires que nous sommes mettent en lumière un dysfonctionnement, une commission est systématiquement appelée à se mettre en mouvement pour réaliser une expertise sur le sujet. Or nous sommes nous aussi des experts, de même que les associations. Chaque fois qu'il est question du droit des femmes à disposer de leur corps dans le cadre d'une grossesse, des limites sont toujours imposées.

Sur la forme, mes chers collègues, on nous dit que cet amendement n'avait pas sa place dans ce projet de loi. Or nous avons tous déposé des amendements qui ont été retoqués au titre des articles 40, 41 ou 45 de la Constitution. L'amendement de Mme Rossignol, lui, a été approuvé par la commission et n'a pas été adopté en catimini. Or, tout à coup, on nous dit que cela ne va pas et on demande une seconde délibération ! (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste et du groupe socialiste et républicain.* – *Mme Patricia Schillinger applaudit également.*)

En fait, de quels droits les parlementaires disposent-ils ? Quand on est dans l'opposition, on a surtout le droit de se taire ! (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste et du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à M. Alain Houpert, pour explication de vote.

M. Alain Houpert. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, j'interviendrai non pas en tant que sénateur, mais en tant que praticien, radiologue, échographiste. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*) J'ai aidé beaucoup de femmes ayant pour projet d'interrompre une grossesse. J'étais à côté d'elles, j'ai ressenti leur douleur.

À douze semaines, c'est un embryon qui mesure 6,5 centimètres de distance crânio-caudale où l'on ne voit que le bourgeon germinal. À quatorze semaines, nous sommes face à un fœtus, dont on a 99 % de chances de dépister le sexe.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Ce n'est pas ce que disent tous les médecins !

M. Alain Houpert. Et là, nous entrons dans un risque d'eugénisme et de choix de l'enfant. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. Pierre Laurent. Ce sont les mêmes arguments qu'au moment du vote de la loi Veil !

M. Alain Houpert. Chers collègues, je ne suis pas un dangereux réactionnaire, j'interviens en tant que technicien. (*Mêmes mouvements.*)

Le danger est énorme. Comme le disait Paul Valéry, je pense qu'il est urgent d'attendre et de prendre le temps de réfléchir, dans le cadre de la loi de bioéthique.

M. le président. La parole est à Mme Annick Billon, pour explication de vote.

Mme Annick Billon. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je m'exprime à titre personnel. Si je suis bien entendu favorable au respect du droit à l'IVG, qui doit être accessible à tous, je souhaite que nous ayons un véritable débat sur ce sujet de fond. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Pour ma part, je ne prendrai pas part au vote.

M. le président. La parole est à M. Rachid Temal, pour explication de vote.

M. Rachid Temal. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je prends la parole non pas en tant que médecin – je n'en suis pas un – ou à je ne sais quel autre titre, mais en tant que parlementaire. (*M. Vincent Éblé applaudit.*)

Il est important que chacun puisse s'exprimer en tant que parlementaire et que nous prenions tous la mesure du sujet que nous évoquons aujourd'hui.

M. Gérard Longuet. L'expérience ne nuit pas au débat !

M. Rachid Temal. On vous a écouté, mon cher collègue !

J'évoquerai tout d'abord l'argutie juridique sur laquelle est fondée cette seconde délibération. Il y aurait donc de bons et de mauvais votes ? Cela doit susciter une réflexion de notre part au moment où nous nous interrogeons sur le scrutin public dans le cadre d'une révision du règlement du Sénat.

Je réagirai ensuite à ce que j'ai entendu dire d'une façon globale, en particulier à qu'a dit notre collègue qui se revendique d'abord comme médecin. Nous sommes en France, en 2019, et nous n'avons que trop entendu le discours qu'il porte, qui nie, de fait, le droit des femmes à disposer de leur corps. Or nous proposons concrètement non pas d'obliger quiconque à quoi ce soit, mais simplement de permettre aux femmes de disposer de leur corps et de pouvoir répondre, comme l'a dit très justement Laurence Rossignol, à des situations de détresse. Il n'est pas question d'eugénisme, cher collègue. Il s'agit simplement de permettre aux femmes d'exercer un droit fondamental, élémentaire.

Vous dites, madame la ministre, que la disposition en question est sans lien avec le texte. Or, pendant cinq jours, nous avons discuté de santé publique, en tout cas ceux d'entre nous qui étaient là. Et c'est bien une question de santé publique qui est posée cet après-midi. La Haute Assemblée s'honorerait à adopter le progrès qui est proposé, alors qu'on se bat pour les droits des femmes partout dans le monde.

À cet égard, je regrette que Marlène Schiappa n'ait pas pris la parole ces derniers jours. Alors qu'elle évoque à juste titre les droits des femmes partout dans le monde, là, concrètement, elle est aux abonnés absents. Or le texte adopté vendredi permet simplement de porter de douze à quatorze semaines le délai pour les femmes qui en ont besoin.

Nous ne faisons pas une campagne pro-IVG. Nous voulons simplement qu'un droit existant soit adapté à la réalité, comme le souhaitent les médecins et le planning familial.

Réfléchissons bien, mes chers collègues, à notre vote à l'issue de notre débat. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à Mme Michelle Meunier, pour explication de vote.

Mme Michelle Meunier. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, ce qui se passe aujourd'hui est assez inédit. Pour ma part, je suis sénatrice depuis 2011, mais c'est bien la première fois que je vois le Sénat renvoyer une telle image à l'extérieur, et cela ne le grandit pas.

J'ai en mémoire le vote, dans des conditions semblables, de certains amendements sur d'autres sujets, mais de telles procédures, de telles manœuvres, encore une fois, je n'en ai pas le souvenir.

Sur le fond, le dépassement des délais d'avortement a toujours été un sujet, mais ce n'est pas parce que des femmes dépassent encore les délais en 2019, pour diverses raisons – la précarité sociale est une réalité – que nous ne pouvons pas faire progresser le droit à l'avortement que nous avons gagné de haute lutte.

Il y aura toujours des femmes qui auront les moyens de se rendre à l'étranger, que ce soit en Angleterre, en Espagne ou en Suisse, et d'autres qui ne le pourront pas. L'amendement adopté vendredi visait à réduire les inégalités sociales et territoriales et avait à ce titre toute sa place dans le projet de loi dont nous avons discuté toute la semaine dernière. En conséquence, je ne voterai pas aujourd'hui l'amendement de la commission. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à Mme Monique Lubin, pour explication de vote.

Mme Monique Lubin. Beaucoup de choses ayant déjà été dites, je me bornerai à faire le constat que, lorsque des collègues prennent la parole pour dire que, oui, dans ce pays, le droit à l'avortement n'est pas complètement garanti aujourd'hui, qu'il peut être remis en question, qu'il y a des dizaines de façons de le remettre en cause, certains sur les travées d'en face sourient ou nous houspillent.

Les propos de notre collègue qui s'est exprimé en tant que médecin me confortent dans l'idée que, si nous relançons le débat sur l'avortement, ce sera loin d'être gagné pour les pro-IVG que nous sommes. Un certain nombre de parlementaires aujourd'hui sont capables de remettre en cause ce droit fondamental, au détour de n'importe quelle loi : nous ne les laisserons jamais le brocarder ! (*Très bien ! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste. – Mme Patricia Schillinger applaudit également. – Vives protestations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. François Grosdidier. Ce n'est pas la question !

Mme Sophie Primas. C'est insupportable !

M. François Grosdidier. C'est vous qui leur donnez des arguments !

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. J'interviendrai non pas en ma qualité de médecin, mais en tant que parlementaire. Lorsque Simone Veil a fait voter cette fameuse loi, je commençais mes études de médecine, je me souviens des débats. J'étais en première année en 1972 lors du fameux procès de Bobigny. Cette loi fut une avancée considérable. Je rappelle toutefois que, à l'époque, dans son esprit, l'avortement devait être une exception. Il est devenu un droit, et c'est bien ainsi.

Une collègue a rappelé il y a quelques instants l'évolution du droit à l'avortement, l'allongement des délais, les possibilités, disons-le clairement, de libéraliser le droit à l'interruption volontaire de grossesse.

L'allongement du délai de douze à quatorze mois... (*Semaines ! sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste. – Exclamations ironiques sur des travées du groupe Les Républicains et du groupe Union Centriste.*)

M. Martial Bourquin. Lapsus révélateur !

M. Michel Amiel. Non, certainement pas ! Cela arrive à tout le monde de faire un lapsus. C'est une mauvaise querelle.

L'allongement de douze à quatorze semaines n'est pas une mesure anodine. Il mérite selon moi une véritable réflexion, un certain nombre de cas justifiant probablement cet allongement. À titre personnel, je pense aux cas de viol ou de difficultés importantes d'accès aux soins. Nous devons mener une véritable réflexion, avec l'aide bien évidemment des experts, dont le planning familial fait partie, mais aussi dans le cadre du débat parlementaire, qui, je dois dire, nous honore.

La preuve en est que, au sein du groupe LaREM, nous ne partageons pas tous le même point de vue, comme en atteste celui de notre collègue issu d'un territoire où l'accès aux soins est difficile.

Je propose donc que nous ne renvoyions pas ce débat aux calendes grecques et que nous le poursuivions d'une façon spécifique et dédiée dans le cadre d'une niche parlementaire, et ce dans les meilleurs délais. Telle est la proposition que je défends. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche, ainsi que sur des travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen et du groupe Les Républicains.*)

M. le président. La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann, pour explication de vote. (*Murmures sur les travées du groupe Les Républicains.*)

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Mes chers collègues, pourquoi théâtraliser ainsi le vote de l'amendement adopté vendredi par le Sénat ? Dans votre mise en scène, la droite de cet hémicycle ne souhaite pas prolonger le délai. Je pense que vous rendez un très mauvais service aux Français, aux Françaises et la France. Vous vous rangez dans le camp des grands conservateurs du vaste mouvement conservateur qui se développe partout en Europe, et encore plus aux États-Unis. (*Protestations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Bruno Sido. Allons bon !

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Philosophiquement, c'est ce que vous êtes en train de vouloir faire acter.

Vous dites vouloir débattre de l'allongement de deux semaines du délai dans le cadre de la loi de bioéthique. On entendra alors les mêmes raisonnements que celui de notre collègue qui se dit médecin. On les connaît depuis des lustres, depuis la loi Veil : on nous expliquait alors que la vie démarrait dès la conception. On les connaît, ces théories.

La réalité, c'est que les Anglais, les Espagnols, les Islandais ne sont pas moins humanistes, moins soucieux de la vie humaine, moins respectueux de la vie en général que nous, Français. On sait très bien qu'il n'y a scientifiquement rien de radicalement différent, le planning familial l'a montré, dans l'acte, qu'il soit pratiqué à douze ou à quatorze semaines de grossesse.

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales, rapporteur*. Ce n'est pas vrai !

Mme Marie-Noëlle Lienemann. La réalité, c'est que vous voulez faire reculer le droit à l'avortement ! (*Vives protestations et huées sur les travées du groupe Les Républicains.*)

Ce recul, on le constate dans les faits, car le droit n'existe que dans les faits. C'est vrai dans de nombreux autres domaines. Vous ne remettez pas en cause l'âge de la retraite, mais, dans les faits, on ne pourra pas partir. C'est le droit réel qui compte. Les lois que nous votons doivent s'appliquer à toutes, à tous, partout, dans tous les territoires, quelles que soient les conditions.

Vous accroissez les inégalités, mais, au fond, c'est la philosophie même de ce grand mouvement d'émancipation que vous remettez en cause, avec, comme d'habitude, les mêmes arguments, les mêmes votes qu'à l'époque, et ce peu de temps après la panthéonisation de Simone Veil ! (*Exclamations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. le président. Il faut conclure !

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Heureusement que la gauche était là à l'époque.

M. le président. Il faut vraiment conclure ! (*Exclamations redoublées et claquements de pupitres sur les travées du groupe Les Républicains.*)

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Heureusement qu'elle est encore là aujourd'hui ! (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste et du groupe socialiste et républicain. – Protestations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. le président. J'invite chacun à respecter son temps de parole.

La parole est à M. David Assouline, pour explication de vote.

M. David Assouline. Beaucoup a été dit sur le fond. À cet égard, je suis d'accord avec le bref argumentaire qu'a développé Laurence Rossignol.

Nous sommes également interpellés sur une question de procédure. Concrètement, on nous propose de revenir sur l'amendement adopté vendredi au motif que le débat n'était pas mûr et que ce vote n'avait donc pas lieu d'être.

Indépendamment de ce que vous pensez sur le fond de cette question, mes chers collègues, je vous mets en garde. On nous oppose déjà en commission l'article 40 ou désormais l'article 45 de la Constitution sur nos amendements, arguant qu'il s'agit de cavaliers, qu'ils sont hors sujet. L'amendement de Mme Rossignol, lui, n'a pas subi ce sort, il n'a pas été considéré par nos instances comme étant hors sujet. Invoquer ce motif aujourd'hui pour annuler un vote est un argument fabriqué.

Cette situation n'est pas banale. Certes, on le reconnaît, la majorité sénatoriale est de droite. Peut-être que le vote de vendredi ne reflète pas la tendance de la chambre haute du Parlement, mais c'est le cas également en bien d'autres occasions. Le vote est souverain, il ne doit pas être remis en question quand toutes les règles de procédure ont été

respectées. Tout a été fait correctement : l'amendement a été présenté, la commission a émis un avis, l'amendement a été mis aux voix, la majorité l'a emporté.

M. Marc-Philippe Daubresse. La seconde délibération est prévue par la Constitution !

M. David Assouline. Revenir sur ce vote cet après-midi n'est pas banal. J'espère que cela ne fera pas jurisprudence, sinon, chaque fois qu'un amendement déplaira à la majorité, il risquera d'être retoqué en fin de course.

M. Roger Karoutchi. C'est prévu dans la Constitution !

M. Marc-Philippe Daubresse. Un vice-président devrait le savoir !

M. David Assouline. Je vous mets donc en garde, mes chers collègues. Pour ma part, je voterai contre cet amendement. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à Mme Samia Ghali, pour explication de vote.

Mme Samia Ghali. Plusieurs médecins se sont exprimés ici, en tant que médecins ou parlementaires, ou les deux. Je tiens à leur dire que, dans certains territoires, l'accès aux soins, en particulier à des gynécologues, est malheureusement un parcours du combattant. Dans certains endroits, on compte en effet un gynécologue pour 100 000 habitants.

Mme Catherine Troendlé. C'est vrai !

Mme Samia Ghali. C'est une réalité sur le territoire français, partout, que ce soient dans les quartiers populaires ou dans les campagnes. Il faut tenir compte de cette situation.

Cela signifie que, en réalité, l'accès à l'IVG ne concerne qu'une frange de la population, compte tenu de la situation sanitaire de notre pays. Si on en a les moyens, on peut effectivement se rendre à l'étranger pour avorter, sinon, on subit une grossesse non désirée.

Les hommes ne peuvent pas, comme ils le font chaque année le 8 mars, laisser leur place aux femmes le temps d'une journée, comme vous le faites vous-même ici, monsieur le président – elles sont mises en valeur et président partout ce jour-là –, puis voter contre des mesures concernant leur vie et leur santé, des mesures aussi en faveur de la protection de l'enfant. Il n'y a en effet rien de pire que d'avoir un enfant que l'on n'a pas désiré. Il faut penser à ces enfants non désirés, qui sont souvent en souffrance, qui ne sont malheureusement pas accompagnés, qui sont livrés à eux-mêmes et abandonnés, non pas aux services sociaux, ce qui serait presque une bonne chose, mais au sein de leur propre famille. Je tenais à vous alerter sur ces questions.

Enfin, votre amendement ne permet pas d'aller au fond des problèmes qui doivent tous nous interpellier, au-delà de nos divergences politiques. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à Mme Corinne Féret, pour explication de vote.

Mme Corinne Féret. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je reviendrai rapidement sur la forme et sur le fond.

Sur la forme – le fait de revenir sur un vote en procédant à une seconde délibération –, les choses ont été dites, je n'y reviens pas. J'insisterai seulement sur l'image que nous donnons du Sénat en remettant en cause un vote tout à fait légitime. Tous ceux qui se sont exprimés vendredi midi l'ont fait en conscience.

Sur le fond, l'IVG est un droit fondamental, que nous considérons comme acquis, mais nous voyons bien, à l'occasion de différents débats, qu'il faut toujours le réaffirmer.

L'article 28 prévoit de prolonger de deux semaines le délai de l'IVG, qui est aujourd'hui de douze semaines. Si cette proposition a été faite, c'est fort du constat de la situation de détresse de certaines femmes, en particulier de jeunes femmes, qui n'ont d'autre solution aujourd'hui, quand elles en ont les moyens, que de se rendre à l'étranger pour avorter.

Alors, oui, cet article est une mesure de justice sociale.

Oui, c'est un amendement que nous avons proposé pour répondre à l'inégalité sociale. Lorsque le remboursement de l'IVG a été instauré, c'était aussi une mesure de justice sociale. Je tenais à insister sur cet aspect.

Bien sûr, je voterai contre le présent amendement. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Deroche, pour explication de vote.

Mme Catherine Deroche. Je voterai, bien évidemment, l'amendement que nous avons adopté en commission il y a quelques instants.

Le débat de cet après-midi se suffit à lui-même. Les problèmes de fond soulevés par l'amendement adopté vendredi dernier, les interventions émanant des différentes travées en témoignent, appellent un débat bien plus approfondi que celui que nous avons eu sur ce sujet.

Mme Laurence Rossignol. Nous l'avons !

Mme Catherine Deroche. Nous l'aurons !

Mme la ministre, que l'on ne saurait soupçonner d'hostilité à l'IVG et aux droits des femmes, l'a dit : des études sont menées, des rapports seront remis, nous aurons ce débat.

Comme sur tous les sujets touchant à l'éthique, on l'a vu sur la fin de vie, on le verra en bioéthique, chacun ici a ses propres convictions. Au sein de notre groupe, nous avons toujours eu une liberté totale de vote sur ces sujets.

Ne nous jetons pas à la figure des soupçons infondés : jamais personne n'a eu l'idée, dans cet hémicycle, de revenir sur le droit à l'IVG. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, du groupe Union Centriste et du groupe Les Indépendants – République et Territoires.*) Chacun a sa propre vision de l'IVG. C'est totalement caricatural, et je refuse absolument d'être classée dans la catégorie des conservateurs qui voudraient revenir sur le droit de l'IVG.

C'est un sujet de fond qui mérite un débat serein, digne et respectueux des uns et des autres, qui ne saurait être traité au détour d'un amendement présenté un vendredi matin. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, du groupe Union Centriste et du groupe Les Indépendants – République et Territoires.*)

M. David Assouline. On n'a plus le droit d'amender le vendredi !

M. le président. La parole est à Mme Françoise Gatel, pour explication de vote.

Mme Françoise Gatel. À juste titre, certains parmi nous évoquent les difficultés d'accès à l'IVG, la crainte parfois de la remise en cause d'un droit incontestable, qui serait accessible ou pas selon la condition sociale ou le lieu d'habitation.

Je ne suis pas médecin. En tant que parlementaire, je suis comme chacun de nous en contact avec beaucoup de femmes. Personne n'a le monopole du cœur et personne n'a à donner des leçons de morale à qui que ce soit ! (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste et du groupe Les Républicains.*)

Je ne suis ni membre de la commission des affaires sociales ni médecin, mais j'aimerais que l'on m'explique en quoi l'allongement du délai à quatorze semaines – pourquoi pas quinze ? – serait la réponse aux lacunes que vous constatez, à savoir la difficulté d'accès territoriale et sociale. Avant de voter, j'ai envie de comprendre et d'être convaincue.

En tout cas, je voterai pour l'amendement du président Milon, car je refuse d'être manipulée (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*) et d'entendre que, parce que nous ne sommes pas d'accord, parce que nous cherchons à comprendre, nous ne serions que d'horribles conservateurs ! (*Très bien ! et applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste et du groupe Les Républicains, ainsi que sur des travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires et du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Ni médecin ni femme (*Sourires.*), je voudrais verser au débat la réaction publiée sur le site internet d'une grande revue féminine qui n'est pas connue pour son extrémisme sous le titre : « Le délai d'IVG allongé par le Sénat : “un vrai plus” pour les femmes ».

J'en extrairai les mots suivants : « Cet amendement pourrait bien changer la vie de nombreuses femmes. Quand on découvre qu'on est enceinte et qu'on prend la décision d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG), il faut garder en tête les délais. Jusqu'à maintenant, l'IVG chirurgicale n'était possible que jusqu'à la douzième semaine de grossesse : il fallait se lancer dans les démarches sans vraiment traîner et trouver l'établissement adéquat. C'est parfois beaucoup plus compliqué qu'auparavant, puisque, depuis de nombreuses années, certains établissements publics ou privés qui pratiquaient l'IVG ont fermé. Et les délais d'attente se révèlent souvent trop longs. Certaines femmes n'ont parfois d'autres choix que de se rendre à l'étranger pour avorter, mais toutes ne peuvent se le permettre côté financier. C'est pour cela que ces deux semaines supplémentaires pour avorter n'ont rien d'anodin. »

Je ne voterai pas, bien sûr, l'amendement de suppression. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à M. Pierre Laurent, pour explication de vote.

M. Pierre Laurent. Je voudrais à mon tour insister sur une contradiction : d'un côté, on nous dit que le droit à l'IVG n'est pas en cause ; de l'autre, un amendement voté en séance publique provoque l'emploi d'une disposition du règlement tout à fait exceptionnelle. Il faut donc que cet amendement recèle un soupçon de gravité tel qu'il justifie cette procédure aux yeux de ceux qui l'ont provoquée. (*Mme Marie-Pierre de la Gontrie applaudit.*)

Or il s'agit, non pas de bouleverser la législation en la matière, mais tout simplement d'améliorer, dans les conditions réelles, l'accès au droit à l'IVG de femmes qui risquent de ne pas pouvoir y recourir dans de bonnes conditions sanitaires.

J'ajoute que cet amendement prend place dans un projet de loi qui, plutôt que de les améliorer, risque bien d'aggraver les conditions du recours à l'IVG, puisqu'il ne règle pas les énormes problèmes pesant sur l'avenir du système hospitalier et du système sanitaire en matière d'accès à la santé, notamment la désertification médicale. Il est question en ce moment des urgences, mais l'on pourrait citer quantité d'autres problèmes qui ne sont pas résolus, vous le savez bien, par le projet de loi.

Le sujet est sérieux ; l'amendement incriminé vise simplement à mieux protéger un droit essentiel pour les femmes, et vous dramatisez le débat en essayant de nous faire croire qu'il ne porte pas sur le droit à l'IVG. Mais bien sûr que si ! Quantité de gens disent qu'ils sont pour le droit à l'IVG, mais sans se préoccuper de créer les conditions d'accès à ce droit. Un droit n'a de sens que si son accès est réel, ce qui n'est pas le cas pour la majorité des femmes en l'occurrence.

M. le président. Il faut conclure !

M. Pierre Laurent. Pour conclure, vous demandez du temps pour débattre, mais qui s'inquiète que nous adoptions un projet de loi aussi important en procédure accélérée ? Une deuxième lecture nous aurait permis de poursuivre le débat ! (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste et du groupe socialiste et républicain.*) Nous nous apprêtons à adopter ce projet de loi en procédure accélérée alors qu'il soulève de nombreux problèmes sans aucun état d'âme...

M. le président. Il faut vraiment conclure !

M. Pierre Laurent. ... mais, sur l'IVG, vous en avez beaucoup ! (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste et du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à M. Roger Karoutchi, pour explication de vote.

M. Roger Karoutchi. Sur la forme, je rappelle à l'ensemble de nos collègues que la demande de seconde délibération figure dans la Constitution. Si cela ne plaît pas, il faut réformer la Constitution. Ce n'est pas exceptionnel puisque sept ou huit secondes délibérations sont demandées chaque année sur les lois de finances.

M. David Assouline. Pas quatre jours après !

M. Roger Karoutchi. Ayant moi-même sollicité de nombreuses secondes délibérations lorsque j'étais au Gouvernement, je m'en voudrais de considérer que c'est exceptionnel. Nous sommes dans la logique du système parlementaire de la V^e République. Vous pouvez le refuser, appeler de vos vœux la VI^e, mais c'est celui qui s'applique pour le moment.

Sur le fond, franchement, entendre dire que, nous, les gens de droite, du centre ou d'ailleurs, parce que nous ne votons pas tout de suite, nous sommes, au bas mot, associés à Orban, voire pire... Je pense qu'il faut garder raison ! Je soutiens le texte de la commission et la position du Gouvernement. Que ce soit sur l'avortement, et j'y suis favorable, sur la fin de vie, et je pense qu'il faut améliorer les textes, comme sur un certain nombre de sujets, nous avons besoin d'un vrai texte de bioéthique et de temps. La loi Veil a été votée après vingt-six heures de débat. Ce n'est pas au détour d'un amendement que l'on peut tout changer. Je pense qu'un grand texte, madame la ministre, honorera le Parlement. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, du groupe Union Centriste et du groupe Les Indépendants – République et Territoires. – Mme Françoise Laborde applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Olivier Cadic, pour explication de vote.

M. Olivier Cadic. La question est donc de porter de douze à quatorze semaines le délai légal pour avorter, comme en Suisse, en Espagne, en Belgique. Cependant, si nous étions vraiment progressistes, nous ferions comme au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas, en passant de douze à vingt-quatre semaines.

L'IVG est un droit inaliénable des femmes à disposer de leur corps. À titre personnel, je ne voterai pas l'amendement de la commission, car je suis favorable à l'orientation qui a été proposée, mais en aucun cas je ne porterai de jugement sur ceux qui sont d'un avis différent, car ils ont eux aussi de bonnes raisons de penser comme ils pensent. (*Applaudissements sur des travées du groupe Union Centriste.*)

M. le président. La parole est à Mme Christine Prunaud, pour explication de vote.

Mme Christine Prunaud. Monsieur Karoutchi, votre intervention a clarifié quelques points, mais je me demande comment nous, parlementaires, allons pouvoir justifier l'annulation du vote de vendredi auprès de nos concitoyens et auprès des associations comme le planning familial. Pour ma part, j'en suis encore très étonnée. Puisque c'est dans les règles de la V^e République, je n'irai pas plus loin...

Je sais qu'à droite quelques hommes et quelques femmes sont favorables à l'IVG, et tant mieux. Ce que nous demandons, avec l'amendement adopté vendredi, c'est un espace de sécurité supplémentaire de deux semaines pour les femmes qui veulent avorter. Laurence Cohen et Laurence Rossignol l'ont très bien expliqué, ces deux semaines permettraient de traiter des cas de détresse, d'ignorance, qui détruisent la vie des femmes concernées.

Nous n'avons nul besoin d'un délai de réflexion, d'un rapport ou d'une commission supplémentaires pour prendre position. Cette mesure ne met pas en péril la vie de ces femmes et nous permet de préserver un droit à l'intervention volontaire de grossesse dans de bonnes conditions. (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à Mme Marie-Pierre Monier, pour explication de vote.

Mme Marie-Pierre Monier. J'ai été très surprise, pour ne pas dire choquée, d'entendre que cet amendement serait le fruit d'une manipulation, au détour d'un vote un vendredi matin... Lorsque j'explique mon travail de sénatrice aux élus que je rencontre, je dis que nous travaillons les textes en amont : cet amendement était connu plus d'une semaine avant de passer en séance publique. Ceux qui protestent aujourd'hui avaient tout le loisir de se positionner et de participer au débat vendredi dernier sur ce sujet qu'ils considéraient comme si important... (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

À Mme la ministre qui préconise d'attendre un rapport, à ceux qui appellent encore à débattre, je rappelle que le problème est connu de tous et que nous aurions pu y travailler en amont. Je suis élue depuis 2014, membre de la délégation sénatoriale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, et le planning familial m'interpelle depuis longtemps au sujet du prolongement de ce délai. Je voterai donc contre la suppression de l'article 28. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, rapporteur. Mes chers collègues, le fait de revenir sur une délibération est une procédure classique, habituelle. Je vous rappelle que, le 16 juillet 2014, la ministre de l'époque, Marisol Touraine, avait demandé une seconde délibération avec vote bloqué sur un amendement présenté par Yves Daudigny et adopté à l'unanimité par le Sénat. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, ainsi que sur des travées du groupe Union Centriste. – Exclamations sur les travées du groupe socialiste et républicain.)*

M. David Assouline. En séance !

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, rapporteur. Pour en revenir à notre sujet, la très grande majorité des pays européens a fixé un délai d'avortement à douze semaines à compter du début de la grossesse, ce qui correspond – je suis et parlementaire et médecin – à quatorze semaines d'aménorrhée, monsieur Cadic. C'est le cas en France depuis la révision du délai par la loi du 4 juillet 2001, mais également en Allemagne, en Belgique, en Italie, au Danemark, en Autriche.

Les quelques pays qui autorisent l'avortement au-delà de ce délai ne le font qu'à des conditions très restrictives. Au Royaume-Uni, en Espagne ou en Finlande, l'avortement doit en effet être justifié par des raisons socioéconomiques, autrement dit un viol, ou le danger que peut représenter la grossesse pour la femme, que celui-ci intervienne avant douze semaines ou entre la douzième et la vingt-quatrième semaine.

Par comparaison, la législation française opère une distinction entre une IVG à la demande de la femme et une interruption médicale de grossesse, ou IMG, pour motif de santé de la mère ou du fœtus, une nuance que l'on ne retrouve dans aucune autre législation. En France, une IMG peut être pratiquée jusqu'à la fin de la grossesse, notamment pour des causes psychosociales comme le viol, des cas de détresse psychosociale comme la prise de drogues, ou encore des indications psychiatriques. Au Royaume-Uni et en Espagne, les IMG pour motif médical ne sont autorisées que jusqu'à vingt-quatre semaines. *(Et au Canada? sur les travées du groupe socialiste et républicain.)*

Je parle de l'Europe, sinon nous pourrions traiter des États-Unis et de la GPA...

Si le délai de douze semaines à compter du début de la grossesse a été retenu par la plupart des pays européens, c'est également, évidemment, pour des raisons de faisabilité technique. Le geste médical nécessaire pour une IVG après ce délai n'est plus le même et le protocole doit être révisé compte tenu des risques importants pour la femme enceinte après ce délai.

Plus qu'une question de délai, c'est donc bien un problème d'accès aux IVG qui se pose pour certaines femmes. Or ce problème peut se poser à douze semaines, je regrette de dire cela à Mme Rossignol, mais aussi à quatorze semaines, voire à seize semaines.

En vue d'y répondre de façon opérationnelle, il convient d'encourager les professionnels de santé à plus de réactivité lorsqu'il s'agit d'orienter ou de rediriger les patientes, en leur appelant qu'ils doivent sensibiliser très tôt les patientes sur le respect des délais pour procéder à l'IVG, en tenant compte du délai pour manifester son consentement.

Il faut aussi renforcer la formation à l'IVG, par exemple en permettant à plus de médecins généralistes de suivre un diplôme interuniversitaire de gynécologie ou un DU en orthogénie, ce qui implique de soutenir plus d'initiatives

en ce sens, comme au travers du réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie en Île-de-France. Il convient en outre d'établir une cartographie précise des structures pratiquant l'IVG.

Enfin, il faut sanctionner les professionnels de santé qui, après avoir exercé leur clause de conscience, méconnaissent l'obligation qui leur est faite de réorienter les patientes vers un médecin ou un centre susceptible de pratiquer une IVG. La commission avait souhaité inscrire un pouvoir de pénalité pour les organismes d'assurance maladie à l'encontre des professionnels ne respectant pas cette obligation, mais le groupe CRCE s'y était, à l'époque, refusé. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, ainsi que sur des travées du groupe Union Centriste.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° A-1.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis du Gouvernement est favorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 148 :

Nombre de votants	312
Nombre de suffrages exprimés	307
Pour l'adoption	205
Contre	102

Le Sénat a adopté.

En conséquence, l'article 28 est supprimé.

Je rappelle que les explications de vote et le scrutin public solennel sur l'ensemble du projet de loi en cours d'examen auront lieu à la reprise de la séance, à l'issue des questions d'actualité au Gouvernement.

Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à seize heures cinquante, est reprise à seize heures cinquante-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

4

HOMMAGE AUX SAUVETEURS EN MER

M. le président. *(Mmes et MM. les sénateurs, ainsi que Mmes et MM. les membres du Gouvernement, se lèvent.)* En votre nom à tous, mes chers collègues, je tiens à saluer la mémoire des sauveteurs de la Société nationale de sauvetage

en mer, la SNSM, qui ont perdu la vie vendredi dernier au large des Sables-d'Olonne et ont porté jusqu'au sacrifice ultime l'honneur, le dévouement et le courage. Ils s'appelaient Yann Chagnolleau, Alain Guibert et Dimitri Moulic.

Au nom du Sénat tout entier, nous avons une pensée pour eux, pour la famille des disparus, mais aussi pour les sauveteurs dont la vie a été épargnée.

Pour le Sénat, c'est l'occasion d'exprimer sa solidarité aux patrons, matelots, sauveteurs de la SNSM, aux 8 000 bénévoles au service du sauvetage en mer, toujours présents et attentifs aux professionnels comme aux vacanciers sur nos côtes de métropole et d'outre-mer.

Monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les ministres, mes chers collègues, je vous propose d'observer un moment de recueillement. (*Mmes et MM. les sénateurs, ainsi que Mmes et MM. les membres du Gouvernement, observent une minute de silence.*)

5

QUESTIONS D'ACTUALITÉ AU GOUVERNEMENT

M. le président. L'ordre du jour appelle les réponses à des questions d'actualité au Gouvernement.

Monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les ministres, mes chers collègues, je vous remercie de votre compréhension pour ce léger décalage horaire.

J'appelle chacun de vous à être attentif au respect de son temps de parole et au respect des uns et des autres.

NAUFRAGE ET SOCIÉTÉ NATIONALE DE SAUVETAGE EN MER

M. le président. La parole est à M. Bruno Retailleau, pour le groupe Les Républicains. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Bruno Retailleau. Je vous remercie de votre hommage, monsieur le président.

Monsieur le Premier ministre, toute la communauté des gens de mer est en deuil. Vendredi, trois sauveteurs bénévoles de la SNSM ont trouvé la mort aux Sables-d'Olonne. Ils se sont noyés en tentant de porter secours à un marin-pêcheur en détresse. Les circonstances du drame sont désormais connues : la mer était totalement démontée. Pourtant, lorsqu'ils ont reçu le signal de détresse relayé par le Cross Étrel, ils n'ont pas hésité, parce que c'est leur mission. Ces mots, François de Rugy et moi-même les avons entendus des rescapés. Ils y sont allés, parce que c'est leur raison d'être – et même de mourir, malheureusement.

Depuis que cette terre est battue par la marée sans fin de la vie et de la mort, tous ceux qui portent secours pour sauver des vies savent qu'un jour ils peuvent mourir. Mais rien n'a plus d'importance que leur devoir, accompli parfois jusqu'à l'ultime sacrifice.

Le Président de la République a décidé d'honorer ceux qui sont morts. Je pense que nous pourrions aussi honorer ceux qui restent en vie, parce qu'ils ont eu le même courage et qu'ils font partie du même équipage.

Monsieur le Premier ministre, je m'adresse non pas au chef du Gouvernement, mais à l'homme, celui qui appartient aussi à ce peuple de la mer que je connais bien, merveilleusement décrit dans le célèbre ouvrage de Marc Elder.

Devant le Sénat de la République, devant ceux qui ne sont plus, et ceux qui sont encore là, je voudrais que vous preniez un engagement, et un seul, celui de tirer toutes les leçons de ce drame lorsque le temps de la décision sera venu. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, du groupe Union Centriste, du groupe Les Indépendants – République et Territoires, du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, du groupe La République En Marche, ainsi que sur des travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à M. le Premier ministre.

M. Édouard Philippe, Premier ministre. Monsieur le président Retailleau, avant de vous répondre, je voudrais m'associer évidemment aux propos que vous avez tenus et à ceux que le président du Sénat, M. Gérard Larcher, a tenus juste avant vous.

J'exprime mon émotion, ma reconnaissance, mon admiration et mes fortes pensées aux familles des victimes, à tous ceux qui se sont engagés avec eux dans cette formidable aventure qu'est le sauvetage en mer et à tous ceux qui ont été incroyablement frappés et émus par ce drame survenu vendredi dernier.

Monsieur le président Retailleau, votre émotion bien légitime est celle d'un responsable politique et d'un citoyen français qui sait reconnaître les héros. Vous êtes ému par le sens du devoir et par le courage dont font preuve des concitoyens qui n'en attendent rien, si ce n'est le sentiment d'accomplir une mission pour laquelle ils s'engagent.

Votre émotion est accrue par le fait que vous connaissez la mer, que vous êtes élu d'un département où l'on n'ignore rien des difficultés inhérentes à la course au large et à l'activité de marins-pêcheurs, un département où l'on sait que la mer donne beaucoup et reprend parfois.

Tous les gens de mer, tous ceux qui ont grandi près de la mer, tous ceux qui l'aiment savent que rien n'est plus fort que les éléments. Lorsque le gros temps menace, il est raisonnable de ne pas se croire plus fort que les éléments.

Pourtant, même s'ils savent que c'est dangereux, trop dangereux, les sauveteurs en mer sortent sans se poser de questions. Nous l'avons tous constaté, dans des circonstances variées, et nous savons l'incroyable admiration vouée à ces hommes et ces femmes « en orange », qui passe par des gestes ou des mots sympathiques, des dons et une fidélité à ce qu'ils représentent.

Comme vous, monsieur le président Retailleau, comme nous tous, la République sait reconnaître ses héros. Je n'ai aucun doute sur le fait qu'elle saura distinguer ceux qui ont pris un risque en connaissance de cause pour servir et pour tenter de sauver un marin.

J'attire l'attention du Sénat et de la représentation parlementaire sur le fait que nous avons déjà considérablement accru l'effort budgétaire à destination de la SNSM, ce qui est juste et légitime. Toutefois, en valeur absolue, ces sommes ne sont pas très importantes. Notre modèle actuel de sauvetage en mer repose non pas sur de très fortes dotations budgétaires, mais sur le bénévolat complet et sur les dons. À la lumière de ce drame, nous devons nous interroger sur la permanence d'un tel modèle.

Vous le savez, monsieur le président Retailleau, j'ai personnellement présidé les comités interministériels de la mer, à Brest en 2017 puis à Dunkerque en 2018. J'ai l'intention de présider celui qui se tiendra en 2019 et je propose que nous nous interrogiions à cette occasion sur le modèle du sauvetage en mer : ce qu'il faut absolument préserver – je pense notamment aux valeurs et aux compétences –, mais aussi ce qu'il faut réparer ou développer. Cette question intéresse les gens de mer comme tous ceux qui, dans notre pays, savent que rien n'est plus beau que de servir ses concitoyens, comme le font les sauveteurs en mer lorsqu'ils s'engagent. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche, du groupe Les Indépendants – République et Territoires, du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, du groupe Union Centriste et du groupe Les Républicains, ainsi que sur des travées du groupe socialiste et républicain.*)

FINANCEMENT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE
SAUVETAGE EN MER

M. le président. La parole est à Mme Annick Billon, pour le groupe Union Centriste. (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste. – M. Jean-Marc Gabouty applaudit également.*)

Mme Annick Billon. Ma question s'adresse à M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

Une émotion vive et sincère s'est emparée de la ville des Sables-d'Olonne, de la Vendée et de l'ensemble de la communauté maritime. Le vendredi 7 juin, alors que la tempête Miguel fait rage, sept marins expérimentés, sauveteurs bénévoles de la station SNSM des Sables-d'Olonne, ont fait naufrage à bord du canot tout temps *Jack Morisseau*. Animés par la solidarité des gens de mer, ils allaient porter assistance à un bateau de pêche. Des murs d'eau ont eu raison du canot qui s'est retourné, une première fois, une deuxième et une troisième, fatale.

Trois hommes sont morts. Quatre hommes parviendront à rejoindre la côte dans des conditions invraisemblables. Hier, 15 000 personnes leur ont rendu un hommage poignant à travers une marche silencieuse.

Ces hommes et ces femmes s'engagent bénévolement pour sauver des vies. Ils méritent notre respect. Ils sont sauveteurs en mer, pompiers, membres de la protection civile et remplissent des missions de service public.

Le canot *Jack Morisseau* était le bateau de réserve de la station. Cette embarcation de 1986 est sortie dans des conditions de mer dantesques. Le canot n° 1, pour sa part, est en réparation depuis de nombreux mois, parce que l'association SNSM, composée de 8 000 bénévoles, subventionnée à 80 % par des dons, n'a pas les moyens de renouveler tout son matériel navigant.

Monsieur le ministre, j'en appelle à une nécessaire et urgente prise de conscience collective afin de doter ces hommes et ces femmes qui s'engagent pour les autres de moyens financiers et matériels suffisants, pour que soit préservé et consolidé le statut de bénévole et qu'un accompagnement des familles des victimes soit assuré. (*La voix de l'oratrice se noue.*) Je vous prie de bien vouloir excuser mon émotion. (*Applaudissements.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Madame la sénatrice Billon, nous partageons toutes et tous votre émotion. Elle était très forte lorsque nous nous sommes retrouvés aux Sables-d'Olonne vendredi après-midi, après ce drame, à la station de sauvetage, où je me suis rendu et où étaient présents de nombreux élus, vous-même, madame la sénatrice, M. Retailleau, président du groupe Les Républicains au Sénat, le député Stéphane Buchou, le président du conseil départemental et, bien sûr, le maire des Sables-d'Olonne.

Bien entendu, j'ai présenté nos condoléances aux familles des victimes et à leurs proches. Il y avait des enfants qui ont perdu leur père, mais aussi les trois sauveteurs qui ont survécu, le quatrième étant toujours hospitalisé.

Ils n'ont écouté que leur courage quand ils sont partis en mer vendredi matin, mais aussi – je tiens à le souligner – leur sens du devoir. Il me semble important, à notre époque, de le souligner, de surcroît lorsqu'il s'agit de bénévoles.

Ensemble, nous les avons écoutés longuement, car ils avaient envie de parler des circonstances de ce drame. Ils ont tenu à nous dire qu'ils n'avaient pas hésité un seul instant. Il n'y a pas eu de débat entre eux, pas plus qu'avec les autorités du centre régional opérationnel de secours et de sauvetage, le Cross.

Bien sûr, ils nous ont dit qu'on devrait ensuite se demander si l'on peut prendre la mer dans toutes les conditions. Aujourd'hui, il n'y a pas la moindre interdiction, même lorsqu'une alerte météo sévère est émise, comme c'était le cas vendredi dernier.

Ils nous ont demandé aussi qu'une table ronde soit organisée pour tirer tous les enseignements de ce drame. Nous nous engageons bien évidemment à le faire. Comme vient de le dire M. le Premier ministre, leur rendre hommage, c'est être à leurs côtés dans la durée, y compris au regard des moyens alloués à la Société nationale de sauvetage en mer, aux Sables-d'Olonne ou ailleurs. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche, ainsi que sur des travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen et du groupe Union Centriste.*)

SITUATION DES URGENTISTES (1)

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour le groupe La République En Marche.

M. Michel Amiel. Ma question s'adresse à Mme la ministre des solidarités et de la santé et porte sur une question brûlante d'actualité : la situation aux urgences.

Madame la ministre, cette situation ne surprend personne. Si les moyens alloués depuis quelques années ont augmenté sensiblement, le recours des patients aux services d'urgences a augmenté davantage encore. Bien souvent, il s'agit plus de consultations non programmées que de véritables urgences, notamment en périodes d'épidémie de grippe. Mais il est vrai aussi que, pour bon nombre de Français, le service des urgences est parfois le seul recours possible.

La suppression de la permanence des soins en ambulatoire en 2003 n'a sans doute rien arrangé, mais l'on sait qu'il est toujours difficile de revenir en arrière. Et si le personnel des urgences est au bord du burn-out, les médecins de ville ne sont pas mieux lotis, avec 50 à 60 heures de travail hebdomadaires, hors permanence des soins.

De grâce, arrêtons de monter les soignants contre les soignants ! Nous sommes arrivés à une telle situation que la ville comme l'hôpital rame sur la même galère – vous me pardonnerez la trivialité de l'expression, mes chers collègues. Hélas, vous avez hérité d'une situation catastrophique, madame la ministre. *(Exclamations sur les travées du groupe socialiste et républicain.)*

Personnellement, je ne crois pas à l'efficacité de la mesure d'un forfait de réorientation, car il faudrait déjà une préconsultation pour affirmer le caractère non urgent de l'acte à effectuer. De surcroît, cela constituerait un manque à gagner pour les urgences. Je rappelle que le coût moyen de l'acte d'admission pour l'assurance maladie est de 150 euros, quelle que soit la gravité. Le Sénat n'a d'ailleurs pas voté cette mesure.

Ayons l'humilité d'admettre que nul ne possède la solution miracle, surtout – disons-le clairement – à moyens constants.

Certes, les mesures que vous proposez – maisons médicales de soins non programmées et hôpitaux de proximité – apporteront des solutions à moyen et long terme, madame la ministre. Mais, à court terme, que pouvez-vous proposer ? *(Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche. – Mme Sophie Joissains et M. Franck Menonville applaudissent également.)*

M. le président. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le sénateur Michel Amiel, la souffrance des personnels dans les urgences est une réalité. Les difficultés de travail sont anciennes, mais elles se sont aggravées.

Le constat est clair : les passages aux urgences sont passés de 10 millions par an à la fin des années quatre-vingt-dix à 20 millions aujourd'hui. Les services n'ont pas été dimensionnés pour cela.

Les conditions de travail se sont aggravées et c'est pourquoi j'ai souhaité, dès cette année, encourager les professionnels et leur adresser un signal en redonnant du souffle à l'hôpital. J'ai notamment débloqué en une fois les 415 millions d'euros de crédits gelés fin décembre 2018. J'ai ajouté 300 millions d'euros non utilisés en 2018, que j'ai réalloués aux hôpitaux en mars 2019. J'ai également augmenté pour la première fois depuis dix ans les tarifs hospitaliers, non pas ce que les gens payent, mais ce que la sécurité sociale rembourse aux hôpitaux pour leur activité.

Je montre ainsi aux personnels que je suis à leurs côtés, en attendant la réorganisation du système de santé, objet de la loi qui va être soumise à votre vote tout à l'heure, mesdames, messieurs les sénateurs.

Un certain nombre de mesures ont aussi été annoncées lors du Congrès national des urgences, jeudi dernier. D'abord, une mission doit m'aider à repenser les urgences pour répondre aux enjeux du XXI^e siècle. Je souhaite harmoniser la prime de risque pour tous les professionnels des urgences, qui sont soumis à beaucoup d'incivilités et à une très grosse fatigue. Je souhaite instaurer également une prime de coopération pour favoriser les délégations de tâches entre les professionnels de santé. Cela devrait aboutir à fluidifier les parcours et à éviter de trop longues attentes aux urgences, en permettant à des professionnels paramédicaux de prescrire, par exemple, des actes de radiologie ou de biologie. Enfin, j'ai

demandé aux agences régionales de santé d'allouer des moyens supplémentaires dès qu'un service d'urgence est en tension, pour lui permettre de recruter du personnel.

J'aurai l'occasion de préciser d'ici à la fin de la semaine la façon dont ces mesures d'urgence à court terme s'appliqueront. *(Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche.)*

TAXATION DU KÉROSÈNE

M. le président. La parole est à Mme Josiane Costes, pour le groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen. *(Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.)*

Mme Josiane Costes. Ma question s'adresse à M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

Les lignes d'aménagement du territoire ne représentent que 0,3 % du trafic des aéroports de Paris, mais elles sont vitales pour certains départements enclavés, difficilement accessibles par le rail ou la route.

Afin de compenser le déficit de ces lignes aériennes, à côté de la puissance publique, les collectivités les financent de façon très importante, au maximum de leurs possibilités. Il va sans dire que la hausse des taxes sur le kérosène, tout à fait légitime en raison du réchauffement climatique qui nous touche de plein fouet, accroîtrait encore le déficit de ces lignes et risquerait de les mettre en danger.

On parle beaucoup de différenciation dans les politiques publiques territoriales. C'est d'ailleurs l'une des dispositions prévues par le projet de loi de réforme constitutionnelle. Dans cette logique, le kérosène utilisé pour le fonctionnement de ces lignes ne pourrait-il pas être détaxé, afin de permettre à nos territoires isolés de maintenir leur activité économique et de se développer ?

À défaut, l'État ne pourrait-il pas prendre à sa charge le surcoût financier d'une mesure extrêmement préjudiciable pour nos territoires déjà fragilisés ?

Le rôle de l'État est de protéger les plus faibles afin de ne pas aggraver une fracture territoriale que ne supportent plus nos concitoyens. *(Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen. – MM. Daniel Chasseing et Pierre Louault applaudissent également.)*

M. le président. La parole est à M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Madame la sénatrice Costes, le Gouvernement est bien entendu favorable à ce que le transport aérien contribue à la baisse des émissions de gaz à effet de serre, ce qui peut aussi passer par une forme de taxation environnementale.

Comme je l'ai dit la semaine dernière en réponse à une question du sénateur Genest, le combat doit se mener à l'échelle européenne et internationale. La taxation du kérosène au niveau franco-français n'aurait aucun sens puisqu'elle conduirait les compagnies aériennes à faire le plein dans les pays voisins à l'occasion de leurs rotations européennes.

Nous devons donc avoir une approche équilibrée. Même si ce n'est pas très populaire actuellement, je tiens à souligner également que les vols intérieurs en France sont mis à contri-

bution par d'autres moyens que la taxation du kérosène, notamment les taxes d'aéroport. Certaines associations et responsables politiques, non sans un brin de démagogie, comparent des choses qui ne sont pas comparables. En Suède, par exemple, les taxes d'aéroport représentent à peine 30 % du prix du billet d'un vol intérieur, contre 50 % en France.

M. Jean-François Husson. Eh oui !

M. François de Rugy, ministre d'État. Le Gouvernement porte l'ambition que la nouvelle Commission européenne inscrive à son programme le sujet de la taxation du kérosène. Nous avons une coalition de pays ambitieux à l'échelle européenne, et nous pourrions ensuite essayer de nous battre au niveau mondial.

Enfin, nous réaffirmons notre soutien aux lignes d'aménagement du territoire. Nous examinons toujours quelles sont les meilleures possibilités de transport, et certaines liaisons comme Paris-Aurillac ou Paris-Castres ne sont pas compétitives en train. Le Gouvernement est donc au rendez-vous, y compris parfois pour subventionner ces lignes aériennes d'aménagement du territoire. *(MM. François Patriat et Jean-Claude Requier applaudissent.)*

M. le président. La parole est à Mme Josiane Costes, pour la réplique.

Mme Josiane Costes. Sans soutien, ces lignes seraient mises en danger et l'avenir de nos territoires s'assombrirait considérablement. Les engagements du Gouvernement sont donc importants. *(Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.)*

SITUATION DES SERVICES D'URGENCES

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour le groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Ma question s'adresse à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Depuis trois mois, les services d'urgence sont engagés dans un mouvement de grève pour alerter la population et le Gouvernement sur les conditions intolérables d'accueil et de prises en charge des patients.

Selon le collectif Inter-Urgences, 95 services d'urgences sont actuellement en grève pour dénoncer la dégradation de leurs conditions de travail, un manque de moyens, mais surtout la dégradation des soins offerts aux patients.

Ce mouvement de grève est une mobilisation d'intérêt général au service de la dignité humaine.

Madame la ministre, vous avez annoncé la création d'un soutien financier aux établissements confrontés à un surcroît d'activité et à des afflux exceptionnels, mais les services d'urgences sont confrontés à cette situation toute l'année.

Qu'allez-vous faire si le service d'urgences du centre hospitalier de Lens ferme ses portes cet été, comme le craignent les personnels ? Allez-vous faire appel au service de santé des armées, comme l'a évoqué le président de la Fédération hospitalière de France ?

Qu'allez-vous faire, madame la ministre, face à l'urgence sociale et sanitaire de nos hôpitaux ? *(Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.)*

M. le président. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Madame la sénatrice Cathy Apourceau-Poly, vous m'interpellez tout d'abord au sujet des urgences de Lens. Vous le savez, avant chaque période estivale – c'est le cas également tous les hivers avant l'épidémie de grippe –, je réunis l'ensemble des professions de santé qui vont être impactées par ces difficultés particulières pour préparer la permanence des soins.

Cette réunion aura lieu autour du 15 juin avec l'ensemble des parties prenantes. Jamais aucun hôpital n'a vu son service d'urgences fermé en raison des congés d'été. Vous n'avez donc pas à vous inquiéter pour le service des urgences de Lens.

Vous m'interpellez par ailleurs plus généralement sur les difficultés des urgences. Je l'ai dit, ces services sont aujourd'hui le symptôme d'un système de santé qui dysfonctionne à la fois en amont, par une difficulté d'accès de nos concitoyens aux soins non programmés, et en aval, en raison d'une difficulté d'organisation interne dans les hôpitaux qui nécessite parfois d'opérer des transferts de patients.

Au-delà des mesures d'urgence que je viens d'annoncer en réponse à la question de M. Amiel, je souhaite régler le problème au fond.

Le projet de loi sur lequel vous vous prononcerez tout à l'heure vise à restructurer notre système de santé de façon à faciliter l'accès à des soins de ville non programmés. C'est l'engagement que prendront notamment les professionnels de santé qui intégreront une communauté professionnelle territoriale de santé. Tous les citoyens qui seront couverts par une CPTS pourront accéder à des soins non programmés et les professionnels de ville bénéficieront de financements pour effectuer ces soins, ce qui devrait permettre de dégager du temps dans les services d'urgences.

Sur les problèmes qui se posent en aval, le professeur Pierre Carli et le député Thomas Mesnier ont pour mission de me remettre un rapport sur la refondation de notre organisation des urgences, dans le but de dégager des lits d'aval et de faciliter à l'avenir le travail des professionnels de santé engagés auprès des patients. *(Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche.)*

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour la réplique.

Mme Cathy Apourceau-Poly. En effet, madame la ministre, je suis inquiète, tout comme le sont les personnels et les patients du bassin d'emploi du Lensois où j'habite.

Comme vous le savez, 7 médecins sur 15 ont démissionné. Avec seulement 8 médecins, on se demande comment les urgences de Lens vont pouvoir fonctionner cet été. Déjà, l'an passé, avec 15 médecins, ils étaient complètement débordés. Il faudrait nous expliquer comment on va pouvoir faire mieux avec beaucoup moins !

Je vous interroge justement maintenant pour que vous ayez le temps de prendre les mesures nécessaires pour maintenir les urgences de Lens ouvertes cet été.

M. le président. Il faut conclure !

Mme Cathy Apourceau-Poly. Au-delà, il me semble que, comme vos prédécesseurs, vous refusez de sortir de la logique de réduction des dépenses, alors que la poursuite des politiques d'austérité s'apparente à une non-assistance aux person-

nels en danger! (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, ainsi que sur des travées du groupe socialiste et républicain.*)

SITUATION DES URGENTISTES (II)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Tourenne, pour le groupe socialiste et républicain. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. Jean-Louis Tourenne. Ma question s'adresse à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Lors des débats sur le projet de loi Santé, Bernard Jomier et Laurence Rossignol vous indiquaient, madame la ministre, à quel point la situation dans les services d'urgences était désastreuse et combien les solutions proposées seraient de faible effet.

Aujourd'hui, 90 services d'urgence sont en grève. Les personnels sont dévoués, compétents, mais fatigués, usés et souvent au bord des larmes quand les admissions croissent chaque année, jusqu'à atteindre 21 millions selon les derniers chiffres. Et tout cela sans augmentation de moyens, au contraire. Près de 50 % des médecins exerçant aux urgences sont contractuels, donc précaires.

Pourtant, les signaux d'alarme n'ont pas manqué. Le décès de Micheline à Lariboisière après 14 heures sur un brancard n'était pas le moindre...

Face à cela, vous n'êtes avare ni de culpabilisation des grévistes ni d'affirmations sur votre maîtrise de la situation. Les grévistes surchargeront leurs collègues, selon vous. Mais s'ils sont en grève, c'est parce qu'eux-mêmes sont surchargés toute l'année. Et qui en est coupable?

À vous entendre, la réformette de l'accès aux soins révolutionnerait notre système de santé. La désertification médicale appartiendrait quasiment au passé, la suppression du *numerus clausus* serait la panacée miraculeuse... Et j'en passe!

Derrière les incantations, la réalité, c'est plutôt la désespérance exprimée dans la rue par les personnels hospitaliers face à l'obsession aveugle de supprimer partout des postes.

Vous leur opposerez sans doute que la sécurité sociale, annoncée en excédent, s'enfonce finalement dans un déficit qui pourrait atteindre les 4,4 milliards d'euros. À qui la faute?

Madame la ministre, en dehors des 700 millions d'euros que vous leur attribuez, pris sur les gels de l'an passé, quels moyens efficaces entendez-vous mettre en œuvre pour ouvrir un horizon plus souriant aux personnels hospitaliers et aux Français qui, majoritairement, soutiennent leur mouvement? (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le sénateur Tourenne, qualifier le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé de « réformette » n'est pas digne.

En 2016, une loi de modernisation de notre système de santé a été votée et, à ma connaissance, elle n'a pas laissé les hôpitaux en meilleur état qu'ils ne l'étaient cinq ans auparavant. Tout le monde doit être humble aujourd'hui face aux

difficultés à trouver des médecins, dans le contexte d'une démographie médicale catastrophique. Nous payons aujourd'hui les décisions prises voilà trente ans.

Avec humilité, j'essaie de trouver des solutions. J'ai proposé une réforme ambitieuse, dans laquelle je vais demander aux professionnels de ville de mieux s'organiser pour pouvoir partager les tâches et de mieux coopérer autour des patients chroniques, pour libérer du temps médical, pour que les médecins urgentistes puissent se focaliser sur les vraies urgences, et pas forcément les besoins de soins non programmés de nos concitoyens.

La réforme que je propose est financée. Je viens de dégager plus de 700 millions d'euros pour l'hôpital, avec une augmentation des tarifs pour 2019. J'ai demandé en outre qu'une partie de ce budget soit fléchée pour améliorer les conditions de travail dans les services d'urgences, notamment pour rénover les locaux. Beaucoup sont trop petits pour accueillir le nombre de passages, d'autres sont vétustes, ce qui accroît les difficultés des soignants. Certains me diront qu'il ne suffit pas de repeindre. Ils ont raison, mais je veillerai à ce que nos concitoyens bénéficient de conditions d'accueil plus dignes.

Par ailleurs, des mesures ont été proposées la semaine dernière devant le Congrès national des urgences. Elles visent à attribuer des rémunérations individuelles aux soignants qui sont soumis à des rythmes et des conditions de travail difficiles. La prime de risque sera harmonisée sur l'ensemble du territoire pour que tous les soignants des urgences puissent en bénéficier. D'autres mesures sont proposées, mais je reviendrai dans le détail sur leur mise en œuvre d'ici à la fin de la semaine. (*Mme Françoise Gatel, MM. François Patriat, Jean-Claude Requier et Jean-Marie Janssens applaudissent.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Tourenne, pour la réplique.

M. Jean-Louis Tourenne. Madame la ministre, vous plastronnez lorsque le budget était en équilibre grâce aux efforts de la gauche pendant des années. (*Exclamations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

Maintenant qu'il est en équilibre, vous puisez à pleines mains dans les caisses de la sécurité sociale et vous n'avez plus de moyens pour satisfaire les besoins de l'hôpital! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

SIMPLIFICATION DES PROCÉDURES SUR LES EMBARGOS ET EXTRATERRITORIALITÉ DU DROIT AMÉRICAIN

M. le président. La parole est à M. Joël Guerriau, pour le groupe Les Indépendants – République et Territoires. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires.*)

M. Joël Guerriau. Le commerce mondial est bridé par des embargos et des sanctions commerciales qui s'appliquent à plus d'une trentaine de pays, à des personnes morales et physiques, à des marchandises ou à des moyens de transport.

Les pays concernés voient leur économie affectée par ces mesures. Mais ces sanctions pèsent lourdement sur les entreprises françaises travaillant à l'international. Le transport maritime, en particulier, est lourdement touché.

L'environnement commercial devient de plus en plus instable et complexe pour les opérateurs économiques, en raison de la multiplication des cibles.

Les sanctions évoluent très vite, si vite même qu'un bateau en pleine mer peut se trouver immobilisé du jour au lendemain, avec des conséquences financières considérables. L'armateur doit alors se séparer de la cargaison, mais aussi du navire, pour éviter des sanctions à son encontre et à l'encontre de ses partenaires, banquiers ou assureurs.

Au quotidien, nos entreprises doivent s'assurer que leurs opérations ne sont pas visées par de nouvelles sanctions sans préavis. Elles s'imposent des règles et des procédures strictes et extrêmement lourdes. Elles consacrent des heures à remplir des questionnaires, notamment sur l'historique des navires. Ces conditions les amènent trop souvent à ne pas pouvoir honorer leurs contrats.

Du fait de l'évolution rapide des régimes d'embargo et de sanction sans préavis, nos entreprises sont exposées à un risque permanent. Comment peut-on simplifier et stabiliser leur environnement ?

Nos entrepreneurs se sentent pris en otage par les décisions du Trésor américain, qui se livre à une guerre commerciale qui ne dit pas son nom.

Le renforcement du pouvoir des autorités de contrôle est considérable. Le cas le plus emblématique en la matière est celui des décisions de l'OFAC.

Monsieur le secrétaire d'État, dans un contexte commercial instable, quelles mesures le Gouvernement compte-t-il prendre afin de mieux protéger les activités et les intérêts des armateurs et des groupes multinationaux français dont l'activité est menacée par des sanctions imprévisibles ? (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires et du groupe La République En Marche.*)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État auprès du ministre de l'Europe et des affaires étrangères.

M. Jean-Baptiste Lemoyne, secrétaire d'État auprès du ministre de l'Europe et des affaires étrangères. Monsieur le sénateur Guerriau, vous parlez d'or et, mot pour mot, je n'ai rien à retirer de votre question. Nous nous battons avec la même philosophie que la vôtre avec nos collègues européens. Très clairement, les États membres de l'Union européenne ont un rendez-vous majeur avec l'exercice de leur souveraineté économique. Il n'est pas acceptable que nos alliés nous dictent là où il est bon ou pas de commercer pour les entrepreneurs européens. De ce point de vue, un certain nombre de mesures ont été prises il y a déjà une vingtaine d'années – je pense au règlement de 1996 – pour faire en sorte que les mesures prises en application de la loi Helms-Burton par les États-Unis ne puissent pas trouver à s'appliquer.

Nous devons aller plus loin encore aujourd'hui. D'ailleurs, c'est ce que nous avons fait en mettant en place par exemple un outil, l'outil Instex, pour permettre aux entreprises qui le souhaitent de poursuivre leur commerce, notamment avec les acteurs iraniens.

Naturellement, un certain nombre de questions peuvent se poser s'agissant de l'influence de ce pays, l'Iran, mais la réponse n'est pas dans l'unilatéralisme, la réponse n'est pas dans le retrait unilatéral du JCPoA.

De la même façon, avec la nouvelle Commission européenne et le nouveau Parlement européen, nous allons travailler au renforcement de nos outils, notamment le règlement de 1996. Également, nous allons faire en sorte

d'affirmer tout simplement cette puissance européenne. Nous n'avons pas peur de revendiquer que cet espace de 500 millions d'habitants et de consommateurs doit peser encore et toujours plus.

Bastiat disait il y a un peu plus d'un siècle que, là où le commerce passe les frontières, les soldats ne passent pas.

Quelques jours après avoir commémoré dans l'unité cette belle leçon des Alliés à l'été 44, souvenons-nous que nous devons faire en sorte que le commerce international connaisse une désescalade des tensions pour ne pas menacer la stabilité tout simplement. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche et du groupe Les Indépendants – République et Territoires.*)

RENAULT-NISSAN-FIAT

M. le président. La parole est à Mme Sophie Primas, pour le groupe Les Républicains. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, ainsi que sur des travées du groupe Union Centriste.*)

Mme Sophie Primas. Ma question s'adressait à M. le ministre de l'économie et des finances ; elle s'adresse donc à Mme la secrétaire d'État. Elle porte sur les turbulences récentes, mais fortes, que traverse le groupe Renault.

Déjà ébranlée par plusieurs mois de tensions, à la suite du départ rocambolesque de Carlos Ghosn, l'alliance est de nouveau éprouvée par la discussion, puis le retrait apparent ou réel – vous nous le direz – d'une offre de fusion faite par le groupe Fiat.

La compétitivité et la conquête d'opportunités par Renault ont toujours été, au fil des différents gouvernements, une priorité industrielle et stratégique pour notre pays. Or un potentiel rapprochement pour le moins précipité avec Fiat n'aurait probablement pas atteint ces objectifs : la proposition de Fiat s'appuyait sur une valorisation au rabais de Renault, donnait les coudées franches à la famille Agnelli dans la gouvernance de la nouvelle entité fusionnée et divisait par deux la part de l'État dans l'actionariat.

Au-delà de ce « deal » enterré peut-être aussi soudainement qu'il a été envisagé, je souhaiterais que vous nous éclairiez sur les opportunités que vous pourriez encore voir à cette éventuelle alliance entre ces constructeurs assez similaires, deux constructeurs qui chassent souvent dans les mêmes zones géographiques et sur les mêmes gammes de voiture. Quels sont les risques également en matière d'emploi, de gouvernance et d'alliance ?

Pouvez-vous nous indiquer si vous poursuivez, officiellement ou pas, avec le groupe Renault la discussion ? Quelles seraient vos conditions pour un accord ? Quelles garanties pourriez-vous demander ?

Enfin, il n'est pas impossible que ces allers et retours avec Fiat mettent en péril l'alliance entre Renault et Nissan. La tiédeur de Nissan devrait d'ailleurs nous inviter à la prudence : le groupe japonais s'est abstenu lors du vote au sujet de la fusion. Le ministre Bruno Le Maire s'est rendu au Japon la semaine dernière à l'occasion du G20 Finances pour tenter d'apaiser les relations entre les deux groupes, et Nissan, qui tiendra le 25 juin prochain son assemblée générale, vient d'apprendre par courrier que Renault s'opposait à la nouvelle gouvernance du groupe japonais.

Comment entendons-nous, nous État actionnaire, soutenir le groupe Renault pour sortir du blocage actuel et rétablir un dialogue de qualité constructif au sein de l’alliance? (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, ainsi que sur des travées du groupe Union Centriste.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d’État auprès du ministre de l’économie et des finances.

Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d’État auprès du ministre de l’économie et des finances. Madame la sénatrice Primas, comme vous le savez, lorsque le groupe FCA – Fiat Chrysler Automobiles – s’est présenté à Renault pour cette proposition d’alliance, l’État, actionnaire de Renault à hauteur de 15 %, l’a accueillie avec ouverture et a travaillé de manière constructive et professionnelle avec l’ensemble des parties prenantes.

Je crois que c’est ce qu’on est en droit d’attendre de tout actionnaire au conseil d’administration de Renault. Nous avons été évidemment soucieux des intérêts stratégiques de l’industrie automobile française.

Bruno Le Maire avait immédiatement fixé quatre conditions préalables – qui devraient de toute éternité nécessairement être réunies si d’autres dossiers de cette nature, ou différents, devaient se présenter – à l’approbation de l’opération par l’État.

La première condition, c’est la réalisation de cette opération dans le cadre de l’alliance entre Renault et Nissan. Il n’y a pas d’ambiguïté : si Renault a un partenaire stratégique qui est Nissan, il convient que cette alliance soit respectée et que chacun soit à l’aise autour de la table du conseil d’administration. C’est aussi la clé de la réussite des vrais projets industriels.

La préservation des emplois industriels et des sites industriels en France est la deuxième condition, les autres conditions étant une gouvernance respectueuse des équilibres de Renault et de FCA et la participation de ce futur ensemble industriel à l’initiative des batteries électriques engagée avec l’Allemagne, tant cette initiative est également primordiale pour l’avenir de l’industrie automobile européenne.

Je veux dire ici que des progrès significatifs ont été faits sur les trois derniers éléments. C’est la question d’un délai additionnel pour s’assurer du soutien de l’ensemble des parties prenantes, notamment du soutien explicite de Nissan, qui a amené FCA à retirer son offre.

L’État prend acte de cette décision. Je crois que nous n’avons pas à rougir d’avoir posé ces conditions, qui étaient de bon sens, de bon aloi et, je le redis, professionnelles.

Pour la suite, Bruno Le Maire était effectivement au Japon ces derniers jours.

M. le président. Il faut conclure !

Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d’État. Il a vu son homologue japonais, M. Seko. Il peut vous garantir l’attachement de la France et du Japon à l’alliance. Ce sujet était bien à l’agenda et nous allons progresser. (*MM. Frédéric Marchand et François Patriat applaudissent.*)

DÉCENTRALISATION ET ÉVOLUTION DE LA LOI
PORTANT NOUVELLE ORGANISATION
TERRITORIALE DE LA RÉPUBLIQUE

M. le président. La parole est à M. Jean-Marc Gabouty, pour le groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

M. Jean-Marc Gabouty. Ma question s’adresse à M. le Premier ministre.

Monsieur le Premier ministre, depuis plus de six mois, notre pays est confronté à une crise sociale, mais aussi à une crise territoriale. Les deux ont des racines profondes et des origines parfois anciennes.

La sociologie des « gilets jaunes » et les résultats des dernières élections européennes témoignent de cette double fracture sociale et territoriale.

Le grand débat a été l’occasion pour le Président de la République et pour le Gouvernement d’avoir une écoute bienveillante et de renouer un dialogue plus direct et plus approfondi avec les élus locaux. Il a suscité chez beaucoup d’entre eux l’espoir d’être enfin compris.

Le Président de la République a annoncé dès janvier et confirmé en avril un nouvel acte de décentralisation accompagné d’une révision ou d’une adaptation de la loi NOTRe et d’une déconcentration des services de l’État, et ce dans un souci de proximité, d’efficacité et, même, d’économies.

À la fin d’avril, monsieur le Premier ministre, vous annonciez pour le mois de juin une étape de concertation sur la déconcentration des décisions prises par l’État et sur une nouvelle organisation territoriale de l’État. Mais jusqu’à présent, rien de très concret sur la décentralisation et la révision de la loi NOTRe.

Pourtant, le transfert de nouveaux blocs de compétences, des assouplissements dans l’organisation des compétences entre collectivités, le rétablissement de l’intérêt communautaire ou encore la différenciation territoriale sont des sujets sur lesquels les élus locaux ont de fortes attentes de mesures concrètes.

Pouvez-vous, monsieur le Premier ministre, nous indiquer, sur ce volet décentralisation et collectivités locales, le périmètre, les grandes orientations, la méthode et le calendrier envisagés par le Gouvernement pour engager cette réforme essentielle pour nos territoires? (*Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen. – Mme Sophie Joissains, MM. Michel Laugier et Fabien Gay applaudissent également.*)

M. François Grosdidier. Il répondra demain ou après-demain !

M. le président. La parole est à M. le ministre chargé de la ville et du logement.

M. Julien Denormandie, ministre auprès de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, chargé de la ville et du logement. Monsieur le sénateur Gabouty, je vous prie d’abord de bien vouloir excuser l’absence de Mme la ministre Jacqueline Gourault, qui est retenue à l’Assemblée nationale par le projet de loi relatif aux compétences de la Collectivité européenne d’Alsace.

Vous l’avez parfaitement dit : les derniers mois que nous avons vécus ont mis en avant à la fois les inquiétudes sociales, mais également les inquiétudes territoriales. Et à l’issue de ce

grand débat national, le Président de la République s'est engagé sur deux éléments très importants : le premier, c'est consolider l'exercice des mandats locaux, en particulier le mandat de maire ; le second, c'est d'ouvrir un nouvel acte de décentralisation.

Pour répondre concrètement à votre question, deux projets de loi seront présentés.

S'agissant de l'engagement en faveur des élus locaux, ce projet de loi sera présenté dans les toutes prochaines semaines par Sébastien Lecornu. L'objectif est à la fois d'encourager l'engagement au niveau local, de faciliter le quotidien des élus locaux, de les remercier et de leur témoigner toute la considération que la République leur doit bien évidemment. Ce projet de loi sera présenté dans les prochaines semaines en conseil des ministres pour une adoption avant les élections municipales de 2020.

Le Premier ministre aura l'occasion de détailler le contenu de ce projet de loi très prochainement, lequel inclura bien les irritants – comme il est convenu de les dénommer – liés à la loi NOTRe, irritants que vous connaissez très bien.

Le second projet de loi, présenté par Mme la ministre Jacqueline Gourault, sera consacré à la décentralisation. Il ciblera les politiques du quotidien. L'objectif de cette décentralisation est de rapprocher la décision publique de nos concitoyens.

Pour ne prendre que cet exemple, évidemment qu'il faut plus décentraliser la politique du logement, parce que c'est lorsque vous élisez votre maire que vous vous demandez si ce dernier peut impacter celle-ci. Et lorsque vous voyez que cette politique est encore trop conduite par zonage, vous vous dites que cette décentralisation est importante. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche. – M. Jean-Claude Requier applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Marc Gabouty, pour la réplique.

M. Jean-Marc Gabouty. Merci, monsieur le ministre.

Il y a quelques mois seulement, nous avons été un peu échaudés par une loi sur l'eau et l'assainissement, avec un assouplissement *a minima* en forme de report d'échéances, ce qui a laissé un goût amer au Sénat.

M. Michel Savin. Oui !

M. Jean-Marc Gabouty. J'espère qu'à l'avenir les positions du Gouvernement prendront mieux en compte le principe de subsidiarité tel qu'il a été défini par le Président de la République lorsqu'il déclarait en début d'année : « Je crois que l'on a besoin de remettre de la responsabilité au plus près du terrain. » (*Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, ainsi que sur des travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires, du groupe Union Centriste et du groupe Les Républicains.*)

GRÈVE DANS LES URGENCES

M. le président. La parole est à M. Jean Sol, pour le groupe Les Républicains. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Jean Sol. Ma question s'adresse à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Madame la ministre, vous n'êtes pas sans savoir que les services d'urgence des hôpitaux français, en proie à une crise profonde depuis de nombreuses années, sont aujourd'hui à

bout de souffle. Il y a douze ans déjà, un rapport de notre Haute Assemblée les décrivait comme le « miroir grossissant des dysfonctionnements de l'ensemble de notre système de santé ».

Vous aviez annoncé dès votre prise de fonction prendre ce problème à bras-le-corps. Mais qu'en est-il réellement ? Force est de constater que la situation s'aggrave et s'amplifie de jour en jour face à l'inadéquation entre le nombre de passages, les moyens alloués et la disponibilité des lits d'aval.

Malgré les nombreux plans déjà mis en place ou annoncés, on ne peut que constater leur inefficacité chronique. Résultat : les personnels de santé des urgences multiplient les mouvements de grève sur tout notre territoire.

Peut-on les blâmer au vu des chiffres et de la dégradation de leurs conditions de travail ? Certainement pas. En vingt ans, les urgences ont vu leur fréquentation doubler. Nos personnels sont confrontés, chaque jour, à la multiplication des agressions tant verbales que physiques.

Car qui dit saturation des services, dit exaspération des patients et épuisement des personnels soignants, qui se sentent délaissés. Nos professionnels de santé réclament à juste titre davantage de moyens humains et financiers.

Alors, vous me répondrez certainement que la loi Santé, votée à l'Assemblée nationale et en cours de délibération au Sénat, porte la double ambition de mieux répartir l'accès aux soins et de libérer les établissements hospitaliers sous tension. Mais les mesures annoncées ne devraient voir le jour qu'en 2022 : ce sera déjà trop tard !

Il y a urgence, madame la ministre, pour nos urgences ! Nous ne pouvons plus attendre, car nous parlons ici de notre bien le plus précieux, la santé des Français, mais aussi celle de nos personnels de santé, qui n'en peuvent plus, tant physiquement que psychologiquement.

Alors, ma question est simple : quelles mesures d'urgence allez-vous initier pour éviter que d'autres drames ne surviennent, pour agir enfin et pour faire face à cet enjeu majeur de santé publique qui est sous votre responsabilité ? (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – Mme Michèle Vullien applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le sénateur Sol, évidemment, vous avez raison : le système est en tension depuis de nombreuses années et l'augmentation du nombre des passages aux urgences n'a fait qu'aggraver les choses.

J'ai souhaité accompagner les hôpitaux cette année avec, en particulier, un dégel de crédits, avec un refinancement de 300 millions d'euros dès le mois de mars et 700 millions d'euros supplémentaires en faveur des hôpitaux, qui, d'ailleurs, ont réduit leur déficit cette année, ainsi que leur dette toxique.

J'essaie donc d'accompagner au mieux les hôpitaux le plus en difficulté.

J'ai souhaité, au travers des mesures d'urgence que j'ai annoncées au Congrès annuel des urgentistes, que ces crédits nouveaux soient fléchés particulièrement vers des services d'urgences.

En réalité, la situation est très variable d'un service à l'autre, tout comme le sont les besoins. Dans certains cas, il manque des médecins; dans d'autres, plutôt des professionnels paramédicaux; dans d'autres cas encore, les locaux sont extrêmement vétustes et trop petits pour accueillir le flux de malades. Il faut donc pouvoir donner à chaque hôpital, à chaque site, la réponse appropriée.

J'ai donc demandé aux agences régionales de santé d'accompagner les hôpitaux en tension. Certains ne le sont pas: il y a beaucoup de services d'urgences en France qui fonctionnent avec moins de 15 000 passages par an, c'est-à-dire moins de deux passages par heure. Il faut aussi être attentif à ce que les budgets accompagnent les sites les plus en difficulté.

C'est ce que nous allons faire dans les semaines qui viennent.

Au-delà de la mission nationale confiée au président du Conseil national de l'urgence hospitalière, le professeur Pierre Carli, et au député Thomas Mesnier afin de repenser notre système d'urgences pour le refonder, j'annoncerai très concrètement comment cette offre d'accompagnement va aller vers les établissements et vers les professionnels, dont je ne néglige pas la charge de travail, à la fois physique – nous le savons, vous comme moi, parce que vous êtes un professionnel de santé aussi – et émotionnelle: aux urgences, il est extrêmement difficile, en effet, de soutenir toutes les personnes en très grande difficulté émotionnelle; cela ajoute de la surcharge et je ne néglige pas ce point dans l'accompagnement qui leur sera apporté. (*M. François Patriat applaudit.*)

EMPLOI DES JEUNES EN OUTRE-MER

M. le président. La parole est à M. Maurice Antiste, pour le groupe socialiste et républicain. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. Maurice Antiste. Ma question s'adresse à l'ensemble du Gouvernement.

La France compte plus de 1,3 million de jeunes qui ne sont ni à l'école, ni à l'université, ni en apprentissage et ni en emploi.

Concernant l'outre-mer, et particulièrement la Martinique, l'apprentissage est rendu encore plus difficile en raison du tissu économique principalement constitué de microentreprises, ce qui rend l'accueil d'apprentis très difficile et maintient les jeunes et leurs familles dans l'angoisse et le doute permanent.

Pour être totalement transparent, mesdames, messieurs les ministres, je suis sollicité toutes les semaines par de jeunes Martiniquais – et leurs familles –, qui, face à l'indispensable nécessité d'une alternance, ne trouvent pas d'entreprise et sont contraints d'abandonner leurs études.

D'ailleurs, si l'on prend en compte l'ensemble de l'alternance, apprentissage et professionnalisation, on observe une baisse des effectifs de 4,1 % par rapport à février 2018.

La réforme de l'apprentissage voulue par le Gouvernement, qui s'accompagne de la mise en place d'un nouveau statut de l'apprenti, théoriquement plus attractif pour les jeunes, ne semble pas faire consensus localement, principalement parce que les conditions requises pour obtenir la « prépa apprentissage » sont identiques à celles de l'apprentissage lui-même – nécessité d'obtenir un contrat d'apprentissage.

Quid donc des jeunes qui n'arriveront pas à trouver de contrat de travail dans le cadre de ce nouveau dispositif? Une enquête de Studyrama révèle ainsi que 84 % des sondés, entre le bac et bac+5, ont trouvé la recherche d'une entreprise très difficile.

Je souhaite donc connaître les intentions du Gouvernement en la matière pour nos jeunes ultramarins, qui se sentent totalement abandonnés. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain. – Mmes Christine Prunaud et Nassimah Dindar ainsi que M. Guillaume Arnell applaudissent également.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État auprès du Premier ministre, porte-parole du Gouvernement.

Mme Sibeth Ndiaye, secrétaire d'État auprès du Premier ministre, porte-parole du Gouvernement. Monsieur le sénateur Antiste, je souhaite excuser l'absence de la ministre du travail, Muriel Pénicaud, actuellement à Genève aux côtés du Président de la République, où ils participent au centenaire de l'Organisation internationale du travail.

Je vous remercie de votre question, qui met en lumière les difficultés relatives à l'emploi, à l'insertion professionnelle et, plus largement, à la formation des jeunes, en particulier dans les outre-mer, notamment en Martinique.

Je partage avec vous le constat d'un chômage qui frappe plus durement non seulement les jeunes, mais également les territoires d'outre-mer par rapport au reste du pays.

Cette difficulté, nous la connaissons évidemment et nous avons souhaité agir depuis le début du quinquennat pour y apporter des réponses. Vous vous en souvenez sans doute, le Livre bleu des outre-mer, en 2018, avait fléchi 700 millions d'euros du programme d'investissement dans les compétences spécifiquement pour les outre-mer, apportant ainsi un soutien fort à la formation professionnelle, qui est un vecteur de reprise d'emploi.

Nous avons également, en avril 2019, étendu le dispositif des emplois francs sous l'autorité de Muriel Pénicaud, d'Annick Girardin et de Julien Denormandie.

S'agissant plus spécifiquement de l'apprentissage, partout sur le territoire, le nombre des jeunes en apprentissage augmente, mais les chiffres en outre-mer, et en Martinique en particulier, ne sont pas satisfaisants. C'est la raison pour laquelle une ordonnance spécifique découlant de la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel sera dédiée aux outre-mer. Cette ordonnance a fait l'objet d'une large concertation, laquelle continue aujourd'hui avec les élus locaux à la fois pour dresser un diagnostic et proposer des solutions. Elle précisera les règles de gouvernance et de déploiement dans les outre-mer des dispositifs relatifs à l'apprentissage.

Je veux vous assurer, monsieur le sénateur, de notre préoccupation constante sur ce sujet et de notre volonté de développer l'apprentissage également dans les outre-mer. (*M. Jean-Marc Gabouty applaudit.*)

SCANDALE DES FAUX STEAKS HACHÉS

M. le président. La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour le groupe Union Centriste. (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste.*)

Mme Jocelyne Guidez. Madame la secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances, depuis vendredi dernier, un scandale alimentaire – un de plus – secoue notre pays : celui des steaks hachés de très mauvaise qualité distribués aux plus démunis.

Cette affaire est choquante à double titre. D'abord, car elle constitue une faute morale intolérable, en visant nos concitoyens se trouvant en situation de précarité. Ensuite, parce qu'elle constitue une fraude, une tromperie sur la qualité des produits achetés.

Les médias l'ont rappelé, plusieurs acteurs sont intervenus dans cette chaîne, que je qualifierai de particulièrement longue : le fonds européen d'aide aux plus démunis, qui soutient financièrement les États de l'Union ; l'État, qui a confié à FranceAgriMer l'organisation d'un appel d'offres ; puis, enfin, une entreprise financière retenue pour le marché, mais qui s'appuie sur une autre entreprise, polonaise cette fois-ci, pour son approvisionnement en viande.

En outre, ce qui demeure regrettable, c'est que seul le prix ait été retenu comme critère dans cet appel d'offres.

D'ailleurs, je m'interroge : comment se fait-il que le ratio entre le prix total d'achat et le poids de la viande vendue n'ait pas appelé l'attention des pouvoirs publics ?

Ainsi, madame la secrétaire d'État, l'État ne devrait-il pas mieux imposer la prise en compte du critère lié à la qualité dans l'attribution de ces marchés ?

Par ailleurs, alors que l'on parle de plus en plus de « circuits courts », ne conviendrait-il pas, là aussi, d'en faire une véritable règle européenne dans l'organisation de cette mise en concurrence, au nom du bon sens écologique, économique et solidaire ? (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste. – Mme Catherine Troendlé et M. Jean-Pierre Sueur applaudissent également.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances.

Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances. Madame la sénatrice Guidez, la DGCCRF a effectivement annoncé vendredi matin avoir découvert une tromperie sur la qualité des steaks hachés distribués par une entreprise française à des associations de soutien aux plus démunis.

Je veux d'abord être nette sur deux points.

C'est une affaire qui est le fait d'escrocs cyniques qui pensaient pouvoir agir en toute impunité. C'est raté, il y a eu des contrôles, et, je vous le dis très clairement, ils seront renvoyés devant le procureur. La peine encourue est de deux ans de prison et de 1,5 million d'euros d'amende.

En outre, il s'agit d'une tromperie et non pas d'un problème de santé. Il est important de le dire. C'est pour cette raison que, en toute transparence, nous avons tenu à être rassurants quant aux faits qui se sont produits. Cette transparence est une façon d'envoyer un message aux entreprises en question pour leur dire qu'elles ne continueront pas à faire leurs petites marges discrètement et qu'elles seront systématiquement sanctionnées.

Je veux également revenir sur les faits.

D'abord, ce sont les associations qui ont été extrêmement réactives, puisque, dès qu'elles ont constaté que la marchandise ne correspondait pas au cahier des charges, elles nous l'ont signalé et en ont suspendu la distribution. Ce faisant,

elles nous ont permis de mener l'enquête, le tout à bas bruit puisqu'il fallait réunir un ensemble de preuves pour pouvoir faire cette transmission au procureur.

Cette marchandise doit répondre à un cahier des charges très précis. Si tel n'était pas le cas, par construction, la tromperie ne pourrait pas être retenue. Outre qu'il indique le prix de la marchandise, ce cahier des charges contient une description de celle-ci – tout comme serait décrite une veste verte de telle taille, avec telles caractéristiques, que vous voudriez acheter. Il n'y a pas d'ambiguïté sur ce point.

Enfin, avec le ministère de l'agriculture et le ministère de la santé, nous marchons main dans la main pour faire en sorte que cette fraude soit traitée.

M. le président. Il faut conclure !

Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État. Nous allons en tirer les conséquences, y compris pour les associations, pour renouveler les stocks.

M. le président. Il faut vraiment conclure !

Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État. Je peux vous assurer que nous agissons avec la même fermeté dans tous les autres cas qui pourraient se présenter. (*Mmes Françoise Laborde et Michèle Vullien ainsi que M. Jean-Marc Gabouty applaudissent.*)

M. le président. Nous en avons terminé avec les questions d'actualité au Gouvernement.

Les prochaines questions d'actualité au Gouvernement auront lieu le jeudi 20 juin 2019, à quinze heures.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix-huit heures, est reprise à dix-huit heures dix, sous la présidence de M. Thani Mohamed Soilihi.*)

PRÉSIDENTIE DE M. THANI MOHAMED SOILIH

vice-président

Secrétaires :

**Mme Annie Guillemot,
M. Michel Raison,
Mme Patricia Schillinger.**

M. le président. La séance est reprise.

6

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission modifié

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Nous en sommes parvenus aux explications de vote des groupes et au vote par scrutin public solennel.

Explications de vote sur l'ensemble

M. le président. Avant de passer au scrutin, je vais donner la parole à ceux de nos collègues qui ont été inscrits par les groupes pour expliquer leur vote.

Le scrutin, qui aura lieu en salle des conférences, se déroulera parallèlement à la discussion de la proposition de loi visant à permettre aux conseillers de la métropole de Lyon de participer aux prochaines élections sénatoriales.

Je rappelle que chacun des groupes dispose de sept minutes pour ces explications de vote, à raison d'un orateur par groupe.

La parole à M. Michel Amiel, pour le groupe La République En Marche.

M. Michel Amiel. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, nous avons examiné ce projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, le troisième en dix ans, après la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, loi Touraine, de 2016.

Comme les autres, il a, bien sûr, pour ambition de construire le système de santé de demain. Il s'inscrit dans le prolongement du plan Ma santé 2022, présenté par le président Macron, en septembre 2018, qu'il décline en texte de loi.

Il s'agit, tout d'abord, de réformer les études médicales avec une mesure phare, qui sonne tout de même comme un effet d'annonce, je veux parler de la suppression du *numerus clausus*. Comme le précise le président de la conférence des doyens de médecine, « cette suppression ne va pas changer massivement le nombre de médecins formés ». L'augmentation annoncée de 20 % des effectifs prendra en effet dix à quinze ans et nous ne verrons pas arriver sur nos territoires des professionnels formés avant que se soit écoulé ce laps de temps.

En revanche, d'un point de vue qualitatif, nous assistons à un véritable changement de culture, qui permettra à des étudiants non issus de la première année commune aux études de santé, la Paces, d'accéder aux études médicales. Toutefois, d'autres épreuves sélectives, à préciser par décret, remplaceront cette dernière.

Restent cependant des inconnues : d'abord, la capacité des universités et des hôpitaux d'accueillir les étudiants constitue un facteur limitant et pose aussi une question budgétaire pour l'État; ensuite, l'orientation des étudiants *via* Parcoursup à la sortie du baccalauréat; enfin, les besoins en professions médicales des territoires qui seront à l'origine de discussions entre universités et agences régionales de santé, les ARS.

À l'autre extrémité du cursus, l'examen classant national, qui sera lui aussi supprimé à la fin du deuxième cycle, est remplacé par un dispositif visant à s'assurer du niveau de connaissances des étudiants tout en prenant en compte les compétences et le parcours des candidats pour le choix de leur spécialité.

Si une réforme des études médicales a pour ambition première de mieux former les étudiants, elle tend aussi à offrir aux territoires un meilleur accès aux soins. Comme vous l'avez dit vous-même, madame la ministre, cela « ne réglera pas le problème de la démographie médicale ».

J'en viens à mon deuxième point, le problème des déserts médicaux. Je n'aime pas cette expression tant elle recouvre des réalités fort différentes : les zones rurales, en effet déserti-

fiées, pas seulement par leurs médecins, mais aussi par les services publics ; les banlieues, quant à elles surpeuplées, mais où les médecins hésitent à s'installer du fait de problèmes de sécurité; enfin, les hôpitaux eux-mêmes où de nombreux postes ne sont pas pourvus.

En fait, ce dont nous manquons, c'est moins de médecins que de temps médical. L'exercice de la médecine a changé parce que la société a changé.

Disons-le clairement, ce point a été l'objet de vifs débats au Sénat, chambre des territoires. Deux opinions s'affrontent : les tenants de la coercition ou, du moins, d'une régulation musclée, et ceux de l'incitation, d'ailleurs déjà mise en place avec des résultats divers.

Personnellement, je suis convaincu de l'inefficacité des mesures coercitives, en particulier du conventionnement sélectif, instauré, il est vrai, pour les professions paramédicales, mais dans le cadre d'une négociation conventionnelle. Or si ces professions étaient pléthoriques, il y a bel et bien pénurie de médecins et l'adoption d'une telle mesure à l'égard de ces derniers aurait un résultat à coup sûr inverse de celui qui est escompté.

Pourtant, il faut que les médecins et les étudiants acceptent de faire des concessions. Ainsi, l'amendement adopté à une forte majorité par le Sénat – ceux qui n'ont pas voté en sa faveur estimaient qu'il n'allait pas assez loin – avait pour objet de faire de la dernière année de troisième cycle une année de professionnalisation, de pratique ambulatoire en autonomie. Il visait à permettre, en particulier, aux étudiants en troisième année de diplôme d'études spécialisées, DES, de médecine générale d'exercer en tant que médecin adjoint. On pourrait même imaginer une quatrième année à ce DES sans que cela implique d'ajouter une année supplémentaire aux DES des autres spécialités, sauf à considérer – ce n'est pas mon cas – la médecine générale comme une non-spécialité ou une sous-spécialité.

Non, par cette proposition, le Sénat ne brade pas la formation des médecins ! Il considère, au contraire, qu'une dernière année professionnalisante est une chance de consolider leur formation, tout en favorisant la construction de leur projet professionnel. Pour autant, je suis bien conscient qu'une telle mesure ne réglera pas tout, mais elle pourrait apporter une amélioration à un dispositif forcément plus global.

Le processus ainsi mis en place implique, de la part des étudiants en fin de formation, ainsi que des jeunes médecins, une prise de responsabilité populationnelle en plus de la responsabilité individuelle qui est déjà la leur. C'est à ce prix que nous sauverons la médecine libérale ou ce qu'il en reste, mais le veut-on vraiment ? Faute de quoi, nous pourrions bien arriver à une médecine salariée, que beaucoup appellent déjà de leurs vœux, doublée d'une médecine déconventionnée, pour le coup redevenue vraiment libérale et qui ferait la joie des sociétés d'assurance dans leurs diversités. Ce chapitre est loin d'être clos !

Autre dispositif visant à améliorer l'offre de soins dans les territoires : les communautés professionnelles territoriales de santé qui élaboreront les projets territoriaux de santé soumis à l'ARS. Il s'agit de faire en sorte que les professionnels s'approprient ce dispositif et d'éviter qu'une grille de l'ARS ne s'applique sur les territoires. Cela implique, comme je l'ai déjà évoqué, une prise de conscience populationnelle de la part des acteurs, laquelle suppose de dégager du temps médical, non plus clinique, mais de santé publique, après des journées de travail déjà épuisantes.

Quant aux hôpitaux de proximité, nous aurions certes aimé avoir plus de précisions concernant leur contenu, mais il y va du choix de légiférer par ordonnance sur ce sujet. Ils me paraissent l'outil nécessaire et efficace pour assurer une gradation des soins, ainsi qu'une meilleure inter-pénétration ville-hôpital-secteur médico-social. Si, comme on peut l'espérer, cet outil est rapidement mis en place, il pourrait apporter une réponse aux besoins des territoires en matière de premier niveau de soins, véritable interface entre médecine de ville et établissements de santé de recours. Encore faudra-t-il en définir le bon format, le bon plateau technique, le bon contenu en ressources humaines : urgences, actes techniques ne nécessitant pas d'anesthésie, imagerie, biologie... Nous comptons sur vous, madame la ministre, pour répondre, dans les meilleurs délais, à ce juste questionnement.

M. le président. Il faut conclure !

M. Michel Amiel. Il ne me reste pas assez de temps pour aborder dans le détail le titre III du projet de loi qui vise à développer l'ambition numérique en santé. Je rappellerai simplement les inévitables questions éthiques liées à ce big data de la santé, questions soulevées par un avis du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, le CCNE, à la fin du mois dernier.

Pour terminer, ce texte législatif était sans doute nécessaire. Sera-t-il suffisant ? Je suis en tout cas persuadé que rien ne se fera sans une prise de conscience de l'ensemble des acteurs de la santé. Nous voterons ce projet de loi tel qu'il a été revu par le Sénat, en espérant une commission mixte paritaire conclusive. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche.*)

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour le groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Mme Laurence Cohen. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je ne peux commencer cette explication de vote qu'en déplorant ce qui vient de se passer, la seconde délibération qui vient de se dérouler avec l'accord du Gouvernement, à la demande de la majorité sénatoriale, dont le résultat est la suppression de l'allongement de deux semaines du délai légal de l'IVG, qui aurait été porté de douze à quatorze semaines. Rassurez-vous, je n'y reviendrai pas, j'ai déjà dit tout le mal que j'en pensais ! Mais cette seconde délibération ne grandit pas le Sénat !

Ce propos liminaire terminé, je tiens à remercier les administratrices et administrateurs qui ont permis à la commission de réaliser un travail de qualité. Je félicite le président-rapporteur pour les réponses apportées à nos interventions. J'associe Mme la ministre à ce propos. Je veux, enfin, remercier l'ensemble des agents du Sénat qui ont contribué à l'organisation de nos débats.

Cela dit, sur les quatre-vingt-deux amendements déposés par mon groupe, seulement quatre ont été adoptés par la Haute Assemblée.

En renforçant la lutte contre les conflits d'intérêts dans la formation continue des médecins par les industriels de santé, en alignant la durée du zonage des zones sous-denses – trois ans – sur celle de l'internat de médecine générale, en annulant les règles de captage d'eau d'origine souterraine et en supprimant l'expérimentation de l'exercice libéral dans les centres de santé, les dispositions de nos amendements ont apporté des modifications positives, mais bien maigres pour contrecarrer les mesures régressives de ce projet de loi.

De plus, nous déplorons que nos amendements tendant à défendre et à améliorer le droit à l'IVG – je pense à l'autorisation de la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes, ou encore à la suppression de la double clause de conscience – aient été retoqués. Je vous rappelle, mes chers collègues, que notre groupe défend la constitutionnalisation du droit à l'IVG qui est sans doute une solution pour garantir et protéger ce droit.

Plus globalement, force est de constater que nos débats ont eu lieu comme si quatre-vingt-quinze services d'urgence n'étaient pas en grève et comme si les personnels qui tiennent le service public à bout de bras n'étaient pas au bord de l'épuisement généralisé !

D'ailleurs, aujourd'hui même, à l'appel de l'intersyndicale CGT, FO, SUD, CFE-CGC, les personnels sont de nouveau rassemblés devant le ministère des solidarités et de la santé pour se faire enfin entendre, et ils ont tout notre soutien !

Nous regrettons votre entêtement, madame la ministre, votre refus de prendre en compte la gravité de la situation, après des décennies de réduction des dépenses de personnel, de report des investissements, de fermetures de services et de suppressions de lits. D'après la Fédération hospitalière de France, ces quatorze dernières années, ce sont 8,6 milliards d'euros d'économies qui ont été réalisés sur le dos des hôpitaux ! Alors, avec 900 millions d'euros, madame la ministre, vous êtes loin non seulement de répondre aux besoins, mais encore de rattraper simplement les politiques d'austérité qui se sont succédé et que vous avez poursuivies.

L'ensemble des membres de mon groupe et moi-même vous demandons d'entendre ces médecins, ces infirmières, ces aides-soignantes, ces brancardiers qui n'en peuvent plus. Ils vous réclament la création de 10 000 postes dans les services d'urgence, la réouverture de lits d'aval en prévision de cet été et, enfin, une revalorisation salariale de 300 euros nets par mois.

Comment rester inébranlable au sujet des demandes de renfort de personnel quand on sait que les besoins se situent à hauteur de 100 000 emplois dans les hôpitaux publics et de 100 000 emplois par an, sur trois ans, dans les Ehpad ?

Les primes que vous avez annoncées face à la mobilisation grandissante de toutes les catégories de personnels des urgences ne sont pas de nature à éteindre la colère ! Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes de France, le dit fort justement : « Les gendarmes viennent chercher les médecins grévistes de Lons-le-Saunier, les réquisitions pleuvent. Mais pourquoi personne n'envoie les gendarmes chercher les directeurs d'ARS pour négocier et les directeurs réquisitionnés pour dialoguer ? »

Lors des débats sur les déserts médicaux, des sénatrices et des sénateurs de différents groupes politiques ont défendu des mesures de régulation de l'implantation des médecins libéraux dans les déserts médicaux. Et bien que les questions de l'attractivité de la médecine de ville et du maintien des services des hôpitaux de proximité soient liées entre elles, les mêmes parlementaires sont restés silencieux, voire n'ont pas jugé utile d'être présents dans l'hémicycle lors du vote de l'article 8 prévoyant la réforme des hôpitaux en trois niveaux, avec des hôpitaux de proximité vidés des services d'urgence, de gériatrie, de chirurgie et de maternité...

Seul notre groupe s'est opposé à la nouvelle architecture et à la future organisation des hôpitaux, en proposant, comme en 2014, un moratoire contre toutes ces fermetures et une autre définition de l'hôpital de proximité.

Nous pensons, en effet, que le maillage d'hôpitaux de proximité doit être maintenu et développé avec des services d'urgence, fonctionnant 24 heures sur 24, de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de soins de suite et des structures pour les personnes âgées en lien avec la médecine de ville, le réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur, qui est décidément, une nouvelle fois, la grande oubliée de ce projet de loi. N'attendez pas, madame la ministre, avant de vous apercevoir que nous avons raison comme aujourd'hui pour la suppression du *numerus clausus*!

Nous déplorons que, avec la complicité bienveillante de la majorité sénatoriale, la philosophie de ce texte ait été confortée, à savoir affaiblir toujours davantage ce qui fait la colonne vertébrale de notre système de santé public : l'hôpital.

Notre groupe s'est battu pied à pied pour une autre logique. Dans le fond, le Gouvernement répond au personnel hospitalier en grève : « soigne et tais-toi ». Aux parlementaires qui proposent une autre vision de la politique de santé, il intime, avec le recours quasi systématique aux ordonnances : « vote et tais-toi ». C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons déposé sur ce texte une motion tendant à opposer la question préalable.

Mais, visiblement, mes chers collègues, plus le Gouvernement restreint les prérogatives des législateurs que nous sommes et plus vous votez les textes qu'il présente ! Je vous invite à lire ou à relire le *Discours de la servitude volontaire* de La Boétie, très instructif. (*Mme Catherine Conconne applaudit.*)

Vos critiques sont souvent acerbes pour poser le diagnostic d'un système de santé à bout de souffle, mais vous êtes d'accord avec les remèdes proposés, qui, de réforme en réforme, transforment le patient en client et l'hôpital en entreprise !

De cette politique-là, nous ne voulons pas ! Nous ne nous tairons pas, nous voterons contre ce projet de loi et nous continuerons à défendre, comme nous nous y sommes engagés lors de notre tour de France des hôpitaux et des Ehpad, une loi ambitieuse, qui place l'être humain au cœur du système de santé, dans l'intérêt des personnels, comme des patientes et des patients, avec une sécurité sociale du XXI^e siècle, solidaire et universelle. Il y a urgence ! (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste et sur des travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour le groupe socialiste et républicain. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. Yves Daudigny. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, au moment de conclure une semaine de discussions intenses, parfois passionnées, sur l'organisation de notre système de santé, comment ne pas, d'abord, faire écho à ces trois mois de colère, à ce mouvement qui se durcit, s'enlise, qui voit le collectif Inter-Urgences réunir près de quatre-vingt-dix services d'urgence en grève ?

Le projet de loi que vous nous avez présenté, madame la ministre, répond-il à la détresse de ces personnes, tant dévouées et motivées et qui se mettent en arrêt maladie ?

Depuis trois mois, vous n'avez pas pris la mesure d'un niveau d'épuisement rarement atteint. Ces situations humaines, tant pour les patients que pour les personnels, sont totalement insupportables.

L'avenir ne se construira pas sans apporter des solutions aux difficultés du présent, ce « pressant avenir immédiat », selon l'expression du philosophe Vladimir Jankélévitch.

J'indiquais, lundi dernier, que la traduction législative du plan Ma santé 2022 conduisait à s'interroger et soulevait de fortes oppositions. Les débats n'ont effacé ni les doutes, ni les incertitudes, ni les oppositions.

Celles-ci se font vives, j'y insiste, madame la ministre, quand le Gouvernement ne respecte pas le dialogue parlementaire, ne respecte pas le temps nécessaire à la concertation et à l'élaboration d'un projet de loi, non plus que le temps nécessaire pour imaginer les solutions les plus innovantes avec les acteurs de la santé et les élus.

Alors que le Premier ministre s'était engagé à mieux écouter les Français, à renforcer le dialogue avec les corps intermédiaires et les élus locaux et nationaux, vous êtes déjà rattrapée par vos vieux démons.

Vous avez présenté à la sortie du conseil des ministres un projet ramassé en vingt-trois articles, mais les parlementaires n'auront pas à se prononcer sur ses éléments les plus importants. Privilégiant le recours à la procédure d'urgence, vous nous demandez de renoncer au débat parlementaire et de vous autoriser à légiférer par ordonnances.

Le Premier ministre, encore, affirmait pourtant, lundi 8 avril, qu'il souhaitait renforcer le dialogue avec les élus, et qu'il entendait construire « les outils d'une démocratie plus délibérative et participative ». Il ajoutait : « si on ne prend pas le temps d'écouter, généralement, on n'écoute pas bien. » Dès lors, madame la ministre, prenez le temps d'écouter le Sénat !

La dérive dans laquelle vous vous installez nous inquiète : nous n'acceptons pas que le Gouvernement ignore le Parlement ; nous refusons une situation dans laquelle il conviendrait d'abandonner la démocratie parlementaire et délibérative, considérée comme appartenant au « vieux monde ».

Comment, en effet, ne pas voir que ce texte sort renforcé et mieux armé à l'issue de la discussion au Sénat ? Comment ne pas constater le travail utile effectué par la commission des affaires sociales ? Comment ne pas comprendre le bénéfice du bicamérisme et de la respiration démocratique ?

J'illustrerais ce propos par quelques exemples, dont certains sont fondamentaux.

Les amendements identiques, parmi lesquels un amendement socialiste, portant sur le troisième cycle des études de médecine générale et de certaines spécialités démontrent la capacité du Sénat à apporter des solutions pertinentes, réalistes et efficaces à l'angoisse de nos concitoyens vivant dans les zones où la présence médicale se raréfie. Voilà comment nous pouvons dépasser les clivages politiques pour soutenir ensemble l'intérêt général. Sans brader la formation, en liant professionnalisation et lutte contre les déserts médicaux, ce sont plusieurs milliers de futurs médecins qui viendront irriguer nos territoires et participeront à relever le défi de l'accès aux soins pour tous nos concitoyens.

Concernant la formation des professionnels de santé, grâce à l'adoption d'un amendement socialiste, la détermination du nombre d'étudiants reçus en deuxième et troisième années de premier cycle fera primer le critère des besoins de santé du territoire sur celui de la capacité d'accueil des facultés.

S'agissant du volet numérique, si nous sommes opposés à l'automatisme de l'ouverture de l'espace numérique de santé au profit du consentement libre et éclairé, nous reconnaissons

l'avancée que constitue le dispositif, introduit sur l'initiative du rapporteur, garantissant l'interopérabilité des outils numériques en santé, assorti d'un calendrier opposable, gage d'amélioration de la qualité des soins et d'une meilleure coordination des parcours de santé.

Enfin, nous l'avons longuement évoqué, l'adoption d'un amendement déposé par plusieurs de nos collègues a conduit à allonger de deux semaines le délai de recours à l'IVG, afin de lutter contre les inégalités subies par les femmes. La majorité sénatoriale et le Gouvernement ont malheureusement fait le choix de la procédure, constitutionnelle certes, mais brutale, de la seconde délibération.

Si de grandes orientations de ce texte, telles que la réforme des études, l'exercice collectif, la gradation des soins, la numérisation, peuvent être partagées, à la condition qu'elles ne visent pas à privatiser progressivement le secteur de la santé, nous ne pouvons accepter les trop nombreux recours aux ordonnances, en particulier aux articles 8 et 9, sur des sujets majeurs et structurants. L'examen de ce qui s'est révélé être un projet de loi de cadrage ne nous a pas permis, en raison de sa conception même, d'appréhender ses implications réelles dans nos territoires, en métropole comme en outre-mer, pour les personnels de santé et, surtout, pour les usagers, les malades, en matière d'accès aux soins.

Le groupe socialiste et républicain, malgré l'adoption de l'amendement portant sur le troisième cycle des études médicales, qui est un élément important à nos yeux, votera contre le texte issu des débats de la Haute Assemblée. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour le groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen. (*Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

Mme Véronique Guillotin. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, ce troisième texte législatif sur la santé en dix ans intervient dans un contexte toujours plus tendu sur nos territoires, qui vivent durement les inégalités d'accès aux soins et expriment des attentes très fortes à court et à moyen termes, mais également dans les services hospitaliers. Je veux, à ce sujet, profiter de cette tribune pour rappeler le soutien du groupe du RDSE aux professionnels médicaux et paramédicaux, qui se débattent pour maintenir un haut niveau de service et de prise en charge malgré les difficultés rencontrées au quotidien.

Il n'est pas inutile de redire que ce projet de loi n'est pas un texte de financement. Comme son intitulé l'indique, il propose une réorganisation des soins, notamment ambulatoires. Il s'agit de ne pas donner de faux espoirs à ceux qui s'attendraient, dès demain matin, à une arrivée massive de médecins qui, comme avant, s'installeraient seuls, sur le modèle d'un médecin par village ou par quartier.

Ne nous mentons pas, la situation que nous connaissons aujourd'hui résulte d'un manque d'anticipation des politiques de santé successives, notamment de la baisse du *numerus clausus* entre les années 1980 et 2000, ainsi que du vieillissement de la population, de l'explosion des maladies chroniques, ou encore des aspirations des jeunes professionnels, qui plébiscitent la pratique en équipe pluriprofessionnelle. Face à ces enjeux multiples, aucune mesure, aussi forte soit-elle, ne résoudra, à elle seule, la situation.

Ainsi, la suppression du *numerus clausus*, que nous saluons, s'apparente davantage à une augmentation du nombre de médecins formés et ne portera ses fruits que dans dix ou quinze ans.

Comme je le disais précédemment, ce projet de loi a pour ambition de répondre aux attentes très fortes des Français, pour qui la santé figure toujours parmi les premières préoccupations.

Il en est de même pour les élus, qui expriment le souhait d'être davantage intégrés aux processus de décision en matière de santé sur leurs territoires. Ce texte y répond par certains aspects ; j'ai à l'esprit, par exemple, l'amendement déposé par mon groupe, qui associe le comité territorial des élus locaux à la stratégie des groupements hospitaliers de territoire, les GHT.

Les attentes sont également fortes du côté des professionnels de santé qui, lors de la mission que j'ai menée avec mes collègues Catherine Deroche et Yves Daudigny, nous ont fait part de leur crainte d'une suradministration de la santé au détriment du soin et des difficultés qu'ils rencontrent : surcharge de travail et multiplication des outils souvent peu lisibles et complexes.

Je me réjouis ainsi de l'adoption d'un amendement, défendu par mon groupe, qui visait à simplifier les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé, et je me félicite de la philosophie globale du texte, qui pose un cadre souple et laisse les professionnels s'organiser sans contrainte excessive. Il faudra néanmoins renforcer l'information et l'accompagnement de ces professionnels, afin de garantir l'efficacité des dispositifs existants, car c'est bien grâce à eux, et à la coopération des collectivités, que les changements attendus se matérialiseront sur le terrain.

Comme je le disais, à la question de savoir ce que l'on peut attendre de ce texte, il nous est impossible de répondre : une arrivée massive de médecins, demain, sur les territoires. Cela ne nous empêche toutefois pas d'entrevoir une note d'espoir qui incite à l'optimisme.

J'insiste ainsi sur certaines mesures qui tendent à apporter des réponses à court terme en redonnant du temps médical aux professionnels : la possibilité étendue de recourir à un médecin adjoint, les simplifications relatives au statut de praticien hospitalier, le renforcement de la télémédecine, qui ouvre une voie d'accès intéressante aux soins de premier recours, ou l'évolution de certaines tâches attribuées aux infirmiers, pharmaciens et sages-femmes, qui complète la création du métier d'assistant médical.

D'autres dispositions porteront leurs effets à plus long terme : la réforme des études médicales, qui permettra de former plus de médecins, de diversifier les profils des étudiants et de mieux adapter le troisième cycle aux besoins des territoires, aux réalités du métier et aux aspirations des jeunes praticiens, ainsi que la gradation des hôpitaux, avec la labellisation de 500 hôpitaux de proximité.

Bien que les apports successifs de l'Assemblée nationale et du Sénat, ainsi que les précisions du Gouvernement, aient levé certains doutes, des interrogations légitimes persistent quant à la préservation d'une offre hospitalière de proximité. Aujourd'hui, 250 structures doivent encore être transformées en hôpitaux de proximité, sans maternité ni chirurgie, et nous serons vigilants pour nous assurer que ces établissements répondent bien aux besoins en soins de premier recours.

Par ailleurs, les diverses mesures de transformation numérique inscrivent pleinement notre système de soins dans le XXI^e siècle, en facilitant les échanges d'informations par la création de l'espace numérique et en généralisant le dossier médical partagé.

Enfin, les mesures de coordination, au cœur même de ce projet de loi, devraient permettre une meilleure organisation des soins, grâce à une coopération accrue entre les professionnels à l'échelle d'un bassin de vie, apportant ainsi une réponse à la question de l'accès aux soins.

Avant d'achever mon propos, je souhaite toutefois faire part de deux regrets à l'issue de cette première lecture.

Le premier concerne le recours aux ordonnances, trop souvent utilisé. Nous comprenons qu'il faut aller vite pour répondre à l'urgence, mais certains sujets auraient mérité un débat parlementaire plus approfondi. C'est le cas, notamment, de la question sensible des autorisations des activités de soins dans les établissements hospitaliers.

Mon second regret a trait à l'instauration d'une année de stage en ambulatoire et en autonomie à la fin du troisième cycle de médecine générale. À titre personnel, je suis défavorable à cette mesure – j'ai compris que nous étions peu nombreux dans ce cas –, parce qu'elle conduit à s'affranchir de la logique d'une formation d'excellence dans laquelle chaque semestre, chaque expérience et donc chaque stage a sa raison d'être. La qualité de cette formation, que beaucoup de pays nous envient, ne doit pas être une variable d'ajustement.

Le texte issu des travaux du Sénat place des outils de coordination entre les mains des professionnels, permet une gradation des soins et un décloisonnement entre les praticiens et entre la ville et l'hôpital, sans pour autant céder à la facilité des mesures coercitives, dont je suis convaincue de l'inefficacité.

Toutefois, sans des moyens humains, financiers et d'accompagnement à la hauteur des enjeux, le risque existe que nous ne puissions pas constater sur le terrain les effets attendus. Aussi, attentive aux moyens qui seront engagés, mais désireuse de voir ces mesures mises en œuvre, la majorité du groupe du RDSE votera en faveur de ce texte. (*Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

M. le président. La parole est à Mme Nassimah Dindar, pour le groupe Union Centriste. (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste.*)

Mme Nassimah Dindar. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, nous venons de passer une semaine à débattre sur le projet de loi Santé. Avec passion et connaissant leurs territoires, les sénatrices et les sénateurs ont fait part de leur inquiétude, partagée par nos concitoyens, ainsi que ces derniers l'ont exprimé lors du grand débat national, de ne pouvoir accéder, partout en métropole comme dans les outre-mer, de manière égale et satisfaisante, à des soins de qualité.

Pourtant, dans notre pays, nombre d'élus, ceux qui siègent dans les ARS, et de professionnels de santé s'investissent sans relâche auprès des institutions et avec de nombreux partenaires pour trouver des solutions localement.

Madame la ministre, vous lanciez vous-même, dès octobre 2017, un plan d'accès aux soins comportant des mesures essentielles qui commencent à produire leurs effets : augmentation de 17 % du nombre de médecins agréés maîtres de stage universitaires, de 37 % du nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles, de 21 % du nombre de centres de santé médicaux ou polyvalents, une centaine d'infirmières supplémentaires en protocole Asalée – pour action de santé libérale en équipe –, 300 infirmiers

dans la première promotion en pratique avancée, et, enfin, généralisation de la vaccination contre la grippe à tous les pharmaciens.

Alors, pourquoi ce projet de loi, qui traduit votre ambition, madame la ministre, a-t-il suscité autant de discussions et de mises en cause au Sénat ?

Tout d'abord, le recours aux ordonnances a causé beaucoup de frustration. S'il ne fallait donner qu'un seul exemple, la future labellisation des hôpitaux de proximité provoquera inmanquablement satisfaction ou colère. La définition et la gouvernance de ces établissements devront être coconstruites pour être mieux comprises. De même, l'obligation d'intégration des ressources humaines dans les GHT relève d'une marche forcée inacceptable pour beaucoup de professionnels. Chacun doit pouvoir avancer à son rythme.

Ensuite, il y a les territoires qui décrochent. Les professionnels de santé en sont partis ou y sont si peu nombreux qu'ils sont trop accaparés par leur patientèle et n'ont pas de temps à consacrer à la réflexion sur une nécessaire organisation territoriale. Il faut s'en occuper d'urgence ; leur situation explique l'impatience qui s'est exprimée par la voix de nos collègues de la commission du développement durable.

Pourtant, ce projet de loi me semble indispensable, car il vise à libérer du temps médical, à casser les démarches en silo, à structurer les territoires pour répondre aux enjeux contemporains ; il dessine le paysage de demain en matière de santé ; il supprime enfin le *numerus clausus*, péage injuste et trop sélectif, et réforme en profondeur les études de santé, visant toujours l'acquisition d'un haut niveau de connaissances médicales, ainsi que de compétences en relations humaines et en numérique.

Il prend en compte les déterminants à l'installation : seuls 3 % des futurs médecins souhaitent un exercice libéral isolé, 45 % d'entre eux veulent un exercice regroupé et seulement 27 % se dirigent vers un exercice mixte. Il soutient également les délégations de tâches, les coopérations entre professionnels de santé et crée le statut d'assistant médical, lequel constitue une belle avancée.

Si le groupe Union Centriste souscrit à cette ambition de réorganisation de notre système de santé, sa diversité s'est exprimée : les uns souhaitaient plus d'obligations pour les futurs professionnels, afin de répondre aux impératifs de court terme, les autres imaginaient des mesures différentes. Les discussions étaient ouvertes. Chacun s'est accordé à reconnaître que la priorité principale était la diversification et la multiplication des lieux de stage.

Ainsi, 68 % des étudiants de deuxième cycle ayant fait le stage d'initiation à la médecine générale déclarent que celui-ci leur a donné envie de choisir cette spécialité. Rappelons toutefois qu'entre 2010 et aujourd'hui le nombre de médecins généralistes a baissé de près de 8 %. Les stages sont un levier formidable pour faire découvrir aux étudiants les réalités des territoires fragiles comme la richesse des modes d'exercice, et par conséquent pour orienter les vocations.

Je me réjouis donc de l'adoption par le Sénat de plusieurs amendements défendus par tout ou partie du groupe Union Centriste. J'ai à l'esprit, en particulier, l'amendement n° 16 rectifié *ter*, qui visait à faciliter l'agrément des praticiens maîtres de stage des universités accueillant des étudiants en médecine, ainsi que celui que soutenait notre collègue Nadia Sollogoub et qui tendait à généraliser la possibilité,

pour les étudiants internes, d'effectuer leurs stages à l'extérieur des hôpitaux publics, notamment dans les cliniques privées et dans le secteur libéral.

Les amendements identiques déposés par Corinne Imbert, Daniel Chasseing et Yves Daudigny et qui avaient pour objet de faire de la dernière année du troisième cycle des études de médecine générale une année de pratique en autonomie ont suscité beaucoup de discussions au sein de notre groupe, certains y étant favorables, d'autres non. Nous avons finalement voté contre.

Par ailleurs, je suis convaincue de la nécessité du dialogue et de l'accompagnement : expliquer les dispositifs, rencontrer les acteurs, relever les difficultés, comprendre les enjeux liés à chaque territoire, mettre du lien entre institutions et professionnels sont autant d'actions qui mériteraient une véritable structuration.

Il convient impérativement de rendre nos concitoyens, les élus et les professionnels acteurs de la politique de santé et de tenir compte des conditions de travail du personnel médical et paramédical dans les Ehpad, mais aussi dans les hôpitaux.

Je me réjouis donc que le Sénat ait adopté deux amendements du groupe centriste allant dans ce sens. Le premier visait à préciser que les intercommunalités participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet territorial de santé ; le second tendait à garantir que les élus soient consultés, à l'échelon départemental, sur l'organisation territoriale des soins, ainsi qu'à leur offrir la possibilité d'entendre le directeur de l'agence régionale de santé.

Il nous appartient à tous de communiquer au plus près du terrain pour fédérer les acteurs et favoriser le partage des responsabilités, afin d'imprimer une véritable dynamique, en particulier dans les zones isolées où les praticiens manquent.

Pour conclure, le chantier de la réorganisation de notre système de santé passera davantage par le terrain que par la loi. À nous, législateurs, de faciliter ces transformations tout en nous mobilisant dans nos territoires.

Le groupe Union Centriste votera majoritairement en faveur de ce projet de loi enrichi par le Sénat. (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste.*)

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour le groupe Les Indépendants – République et territoires. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires.*)

M. Daniel Chasseing. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, le projet de loi que nous avons examiné vise à réorganiser en profondeur notre système de santé, afin de le rendre plus efficace pour répondre aux grands enjeux de notre siècle : inégalités territoriales d'accès à la santé, vieillissement de la population et recrudescence des maladies chroniques.

Ce texte a fait naître de nombreuses attentes, comme nous l'avons constaté au cours du grand débat national. Il traduit certains engagements du plan Santé présenté par le Président de la République et contient un certain nombre de réformes nécessaires, dont nous saluons l'adoption par le Sénat.

Le cœur du texte réside, à mon sens, dans la résorption progressive, mais indispensable, des déserts médicaux, dans lesquels vivent six millions de Français aujourd'hui.

À cette fin, des mesures importantes ont été adoptées : le projet de loi prévoit ainsi d'intégrer l'équilibre de l'offre de santé sur l'ensemble du territoire aux objectifs généraux des

formations de santé en ajoutant à la détermination du nombre d'étudiants accédant aux études de médecine le critère des besoins territoriaux.

Les articles 1^{er} et 2 opèrent une refonte, à mon sens salutaire, des études médicales en supprimant la Paces, le *numerus clausus* et les épreuves classantes nationales, avec, à la clé, une augmentation envisagée de 15 % à 20 % du nombre d'étudiants. Ces mesures porteront, certes, leurs fruits dans dix ans, mais il fallait bien commencer. De plus, s'y ajoutent l'augmentation du nombre de maîtres de stage et le développement des stages en libéral.

Le Sénat a proposé de transformer la dernière année de troisième cycle en année de pratique ambulatoire, en affectant prioritairement les futurs médecins vers des maisons de santé situées dans des zones à faible densité médicale. Ainsi, les 3 500 étudiants en dernière année d'études de médecine générale pourront exercer en priorité, en tant que médecins adjoints, dans les territoires qui en ont le plus besoin. Nous saluons l'adoption de cette mesure, à la fois formatrice et juste, proposée par notre groupe sur la base d'une réflexion menée en concertation avec le Conseil national de l'ordre des médecins, mais aussi par nos collègues Corinne Imbert et Yves Daudigny, et adoptée par la grande majorité des membres de notre assemblée.

Nous avons également défendu un dispositif, adopté par le Sénat, visant à sécuriser le contrat d'engagement de service public en proposant d'aligner la durée du classement en zone sous-dense sur celle de l'internat de médecine générale.

La limitation à trois ans après la thèse de la durée de remplacement, associée à un dispositif de forte incitation fiscale à l'installation rapide des jeunes médecins, va également dans le sens d'une stabilisation nécessaire des communautés médicales sur l'ensemble du territoire.

Nous sommes bien sûr très favorables à la reconnaissance, pour les maires, de la possibilité de constater une situation de carence médicale sur leur territoire permettant le recrutement d'un médecin adjoint pour y remédier rapidement.

Nous sommes également favorables au renforcement du numérique avec le dossier médical partagé.

En ce qui concerne la procédure de régularisation des praticiens à diplôme hors Union européenne, les Padhue, nous approuvons l'élargissement contrôlé du dispositif, tel que le Sénat l'a adopté à l'article 21.

Nous regrettons cependant que le mécanisme d'exonération fiscale inséré à l'article 4 *bis* par la commission des affaires sociales de la Haute Assemblée ne soit pas davantage ciblé sur les installations de jeunes médecins dans les territoires sous-dotés. Nous avons proposé un sous-amendement qui allait dans ce sens, car il s'agissait là, à nos yeux, d'une précision importante pour faire de cette mesure un levier d'action supplémentaire contre les déserts médicaux.

Nous regrettons également que notre proposition de rétablir le droit opposable au médecin traitant ait été rejetée. Ce nouveau droit aurait offert la possibilité de saisir le conciliateur de la caisse d'assurance maladie, afin qu'un médecin traitant disponible soit proposé, de garantir le même niveau de remboursement à chaque citoyen et de lutter contre le non-recours aux soins.

Enfin, nous aurions souhaité que le Sénat examine en séance l'amendement que nous avons proposé visant à étendre le droit à l'oubli, prévu par la loi dans le cas des

cancers, aux cas d'infarctus cardiaques, pour les patients désormais en bonne santé, dont les examens sont normaux et qui ne présentent pas de risque significatif de récidive.

Dans l'ensemble, un grand nombre des dispositifs de ce projet de loi vont contribuer à renforcer le maillage territorial d'accès au soin. L'association des professionnels libéraux, des hôpitaux de proximité et des établissements médico-sociaux au travers de l'engagement des communautés professionnelles territoriales de santé dans un projet territorial de santé, en présence des élus, va dans le bon sens.

Il s'agira aussi, pour l'ARS, d'accompagner les acteurs de terrain, sans créer de rigidités ni de nouvelle strate administrative, pour améliorer le fonctionnement de notre système de santé et répondre aux attentes légitimes des Français. Nous devons faire des hôpitaux de proximité un pivot essentiel de l'articulation des soins à l'échelle du territoire en organisant une réponse graduée aux besoins de santé des patients et en conservant, autant que possible, les services d'urgence, lesquels doivent être partout renforcés.

Madame la ministre, considérant qu'il comporte des réformes salutaires pour rénover l'offre de soins et améliorer l'accès à la santé pour tous; considérant que le Sénat a largement contribué à en améliorer les dispositions, notamment pour mieux lutter contre les déserts médicaux, le groupe Les Indépendants – République et Territoires votera en faveur de ce projet de loi. (*Bravo! et applaudissements sur les travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires.*)

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour le groupe Les Républicains. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

Mme Corinne Imbert. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, avec près de 250 amendements émanant des différents groupes, adoptés en commission des affaires sociales puis en séance, le Sénat a contribué, dans un esprit constructif, à enrichir ce projet de loi.

Je tiens à saluer en particulier le travail du rapporteur, le président Alain Milon, et des rapporteurs pour avis, Laurent Lafon et Jean-François Longeot.

Par-delà nos divergences, nous avons tous eu à cœur, lors de cette semaine de débats souvent passionnés, de traduire dans ce texte l'urgence d'agir pour refonder un système de santé à bout de souffle. Cette urgence, les membres du groupe Les Républicains l'entendent dans les territoires depuis de trop nombreuses années. Les inquiétudes voire le sentiment d'abandon qu'expriment nos concitoyens sont à la mesure de leur attachement fort à notre modèle de prise en charge solidaire des soins.

Au regard de ces attentes pressantes, nous avons été nombreux à formuler des regrets sur le projet de loi transmis au Parlement.

Le regret, d'abord, de discuter d'un texte qui laisse un sentiment d'inachevé et bon nombre d'interrogations en suspens, puisque ce sont des ordonnances qui donneront le ton de la réforme, y compris pour des mesures essentielles.

Le regret, ensuite, de ne pas trouver dans ce texte des éléments structurants sur la gouvernance ni le financement de notre système de santé, car des enjeux majeurs pour l'avenir de notre modèle de prise en charge des soins sont ainsi esquivés.

Toutefois, nous avons reconnu des inflexions positives, que nous avons cherché à améliorer et à approfondir.

Le texte issu de nos débats confirme des évolutions attendues, comme la refonte des études de santé, qui permettra une sélection plus progressive des futurs professionnels médicaux et une diversification de leurs profils.

Il confirme également la nécessité urgente de faire entrer notre système de santé dans l'ère numérique. Nous pouvons saluer le travail accompli par la commission des affaires sociales et, plus généralement, le Sénat pour enrichir substantiellement ce volet en rendant automatique l'ouverture de l'espace numérique de santé, tout en prenant en compte les enjeux de protection des données, de médiation numérique et, surtout, les exigences d'interopérabilité.

Les enjeux sont considérables pour faciliter les transmissions d'informations et constituer un levier pour l'indispensable coordination des parcours de soins. Après les attermoissements sur le dossier médical partagé, nous ne pouvions plus nous permettre de prendre un nouveau retard.

Nous avons souhaité marquer l'empreinte du Sénat sur ce texte au travers d'une autre priorité: les territoires.

La réforme du *numerus clausus* limitera sans doute le gâchis universitaire de la Paces pour bon nombre d'étudiants, et c'est heureux; mais elle ne conduira pas demain à ce qu'il y ait plus de médecins dans les cabinets médicaux et les hôpitaux. De même, la redéfinition des hôpitaux de proximité ne se fera pas sans ressources médicales, sauf à accélérer le déclassement d'établissements locaux, tant redouté par de nombreux élus.

Nous savons bien qu'il n'existe pas de solution miracle pour répondre à l'urgence de la présence médicale dans les territoires. J'entends les arguments avancés par chacun sur les stages, le conventionnement sélectif ou les autres modalités de contrainte ou de régulation des installations. Je ne pense pas que l'une ou l'autre de ces mesures porte en elle la panacée. C'est une palette d'outils qu'il nous faut mobiliser.

Précisément, madame la ministre, avec ce texte, nous vous proposons de compléter la boîte à outils.

D'abord, sur l'initiative du rapporteur, nous avons décidé d'aller plus loin dans l'incitation forte et rapide des jeunes médecins à s'installer en libéral, au sortir des études. Ensuite, nous voulons négocier avec les médecins sur leur contribution à la réduction des inégalités territoriales. Enfin, nous avons prévu de professionnaliser la dernière année d'internat de médecine sous la forme d'une pratique ambulatoire, en autonomie, qui se déroulerait en priorité dans les zones sous-dotées.

Cette dernière proposition, émanant de diverses travées de notre hémicycle, offre une réponse rapide et pragmatique – j'insiste sur ces qualificatifs – à des difficultés dont le traitement ne peut plus attendre dix ou quinze ans. J'entends les réserves de jeunes étudiants, qui craignent que cela ne conduise à raboter leurs études et la qualité de leur formation, mais je pense, au contraire, que la professionnalisation fait partie de leur formation.

Il n'appartient toutefois qu'à vous, madame la ministre, d'inscrire cette proposition dans la rénovation des études médicales, pour faire de cette année sur le terrain une réponse au besoin des jeunes praticiens d'être mieux accompagnés dans la construction de leur projet professionnel.

Nous souhaitons que la voix du Sénat sur ce sujet crucial soit entendue, sans être déformée. Pour la médecine générale, environ 3 500 internes viendraient en renfort à court terme,

au côté de médecins installés, sur les territoires fragilisés en termes démographiques, soit, en moyenne, trente-cinq médecins par département.

Madame la ministre, le Sénat vous tend la main et tend la main aux internes, au service de l'intérêt général !

Nous n'avons pas dans ce domaine oublié les outre-mer, en adoptant une mesure qui répond aux besoins spécifiques de la zone de la Caraïbe.

S'agissant de l'organisation territoriale de la santé, notre conviction s'appuie sur la confiance faite aux acteurs de terrain. Nous avons été nombreux à plaider pour la souplesse et la simplification contre la tentation d'une hyperadministration de la santé. Ne décourageons pas les porteurs de projet en les enferrant dans des carcans trop rigides.

Selon la même logique, nous avons privilégié les démarches de volontariat des établissements pour poursuivre l'acte II des groupements hospitaliers de territoire. Nous avons souhaité également rééquilibrer les rôles de l'État et de la région, au travers des agences régionales de santé et des élus du territoire, en renforçant les prérogatives du conseil de surveillance de ces agences et en en confiant la présidence à un élu, le président de région.

Tout au long de ces débats, nous avons défendu une certaine idée d'une transformation indispensable de notre système de santé. Le texte qui résulte de nos travaux offre des réponses concrètes, complémentaires, simples sans être simplistes, nourries de notre vécu. Madame la ministre, écoutez la voix du Sénat, car elle exprime notre souhait à tous de voir réussir cette réforme, pour moderniser un système de santé en crise et répondre à l'urgence des territoires et à l'appel de nos concitoyens.

Le groupe Les Républicains votera le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé tel que le Sénat l'a modifié ! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et sur des travées du groupe Union Centriste.*)

M. Gérard Dériot. Très bien !

Ouverture du scrutin public solennel

M. le président. Mes chers collègues, il va être procédé, dans les conditions prévues par l'article 56 du règlement, au scrutin public solennel sur l'ensemble du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Ce scrutin, qui sera ouvert dans quelques instants, aura lieu en salle des conférences, parallèlement aux explications de vote sur la proposition de loi visant à permettre aux conseillers de la métropole de Lyon de participer aux prochaines élections sénatoriales.

Je remercie nos collègues Annie Guillemot, Michel Raison et Patricia Schillinger, secrétaires du Sénat, qui vont superviser ce scrutin.

Je rappelle qu'une seule délégation de vote est admise par sénateur.

Je déclare le scrutin ouvert pour une durée maximale de trente minutes et vais suspendre la séance pour quelques instants.

(*La séance, suspendue à dix-neuf heures cinq, est reprise à dix-neuf heures dix.*)

M. le président. La séance est reprise.

7

PARTICIPATION DES CONSEILLERS DE LA MÉTROPOLE DE LYON AUX PROCHAINES ÉLECTIONS SÉNATORIALES

Adoption d'une proposition de loi dans le texte de la commission

M. le président. L'ordre du jour appelle les explications de vote et le vote sur la proposition de loi visant à permettre aux conseillers de la métropole de Lyon de participer aux prochaines élections sénatoriales (proposition n° 462, texte de la commission n° 552, rapport n° 551).

La conférence des présidents a décidé que ce texte serait discuté selon la procédure de législation en commission prévue au chapitre VII *bis* du règlement du Sénat.

Au cours de cette procédure, le droit d'amendement des sénateurs et du Gouvernement s'exerce en commission, la séance plénière étant réservée aux explications de vote et au vote sur l'ensemble du texte adopté par la commission.

La commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, saisie au fond, s'est réunie le 5 juin 2019 pour l'examen des articles et l'établissement du texte. Le rapport a été publié le même jour.

PROPOSITION DE LOI VISANT À PERMETTRE AUX
CONSEILLERS DE LA MÉTROPOLE DE LYON DE PARTICIPER
AUX PROCHAINES ÉLECTIONS SÉNATORIALES

Article 1^{er}

- ① *Le titre II du livre II du code électoral est ainsi modifié :*
- ② *1° Le 3° de l'article L. 280 est complété par les mots : « et des conseillers métropolitains de Lyon » ;*
- ③ *2° Il est ajouté un article L. 282-1 ainsi rédigé :*
- ④ *« Art. L. 282-1. – Pour l'application des dispositions du présent livre à la métropole de Lyon, les références au conseiller départemental et au président du conseil départemental sont remplacées respectivement par les références au conseiller métropolitain de Lyon et au président du conseil de la métropole de Lyon. »*

Article 2

La présente loi entre en vigueur à compter du prochain renouvellement du Sénat.

Vote sur l'ensemble

M. le président. Avant de mettre aux voix l'ensemble du texte adopté par la commission, je vais donner la parole, conformément à l'article 47 *quinquies* de notre règlement, au rapporteur de la commission, puis au Gouvernement, pour sept minutes, et, enfin, à un représentant par groupe, pour cinq minutes.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Claudine Thomas, rapporteure de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, depuis le 1^{er} janvier 2015, la métropole de Lyon remplace la commu-

nauté urbaine de Lyon et, dans son périmètre, le département du Rhône. Un département, le Nouveau-Rhône, subsiste néanmoins, en dehors des limites de la métropole.

Contrairement aux autres métropoles, celle de Lyon est non pas un établissement public de coopération intercommunale, un EPCI, à fiscalité propre, mais une collectivité territoriale à statut particulier, régie par l'article 72 de la Constitution. Elle exerce les compétences d'un département et certaines compétences des communes.

À compter de mars 2020, le conseil de la métropole de Lyon sera composé de 150 membres, élus au suffrage universel direct. Contrairement à ce qui est prévu pour les EPCI, la représentation des communes n'y sera plus garantie, ce qui soulève de réelles difficultés sur le terrain.

La proposition de loi de François-Noël Buffet et de plusieurs de ses collègues vise un objectif plus immédiat : corriger une malfaçon du code électoral pour permettre aux conseillers de la métropole de Lyon de participer aux prochaines élections sénatoriales, prévues en septembre 2020.

Le 5 juin dernier, la commission des lois a adopté la proposition de loi sans modification, selon la procédure de législation en commission. Je salue le consensus qui a prévalu : les sept sénateurs du Rhône, élus en 2014 et soumis à réélection l'année prochaine, sont cosignataires du texte, ce qui démontre tout son intérêt.

Le périmètre de la circonscription n'évolue pas : il comprend la métropole de Lyon et le département du Nouveau-Rhône, soit 1,8 million d'habitants au total. Le corps électoral compte 3 500 grands électeurs, dont 3 410 issus des conseils municipaux.

En l'état du droit, les conseillers de la métropole de Lyon ne peuvent pas participer aux élections sénatoriales. En effet, ils ne figurent pas dans la liste des grands électeurs établie à l'article L. 280 du code électoral.

Cette situation n'a pas été souhaitée par le législateur. Elle résulte d'une erreur de coordination de l'ordonnance du 19 décembre 2014, comme l'a confirmé le secrétaire d'État en commission.

Par ailleurs, elle soulève un fort risque contentieux. En effet, en application de la jurisprudence constitutionnelle, l'élection des sénateurs doit respecter trois critères : l'élection par des élus locaux, la représentation de l'ensemble des collectivités territoriales et la prise en compte de la démographie. Or, dans le Rhône, ces deux derniers critères ne sont plus respectés : la métropole de Lyon n'est pas représentée pour l'élection des sénateurs, alors qu'elle constitue une collectivité territoriale à statut particulier et compte 1,35 million d'habitants.

C'est pourquoi la présente proposition de loi autorise les 150 conseillers de la métropole de Lyon à participer aux élections sénatoriales. Elle entrerait en vigueur dès le prochain scrutin, prévu en septembre 2020. Le nombre de grands électeurs dans le Rhône passerait ainsi de 3 500 à 3 650, soit une augmentation de 4,29 %.

Cette proposition de loi me semble indispensable pour sécuriser les élections sénatoriales dans le Rhône. Elle comble opportunément une lacune du code électoral : en tant qu'élus locaux, les conseillers de la métropole de Lyon ont vocation à participer aux élections sénatoriales.

L'enjeu est double : sur le plan juridique, il s'agit de respecter la jurisprudence constitutionnelle, qui impose que toutes les catégories d'élus locaux participent aux élections

sénatoriales ; sur le plan politique, il convient d'assurer une certaine équité entre les conseillers métropolitains et les autres élus locaux.

Ce texte fait consensus entre les sénateurs du Rhône – je l'ai constaté lors de mes auditions. Ainsi, selon notre collègue Michel Forissier, il est indispensable pour réparer une inégalité de traitement entre élus.

Je rappelle que nous devons agir rapidement : sauf modification liée aux réformes institutionnelles, les prochaines élections sénatoriales dans le Rhône auront lieu dans tout juste quinze mois.

L'adoption de cette proposition de loi ne modifiera qu'à la marge les élections sénatoriales dans le Rhône : les 150 conseillers de la métropole de Lyon, qui seront issus de différentes familles politiques, ne représenteront que 4,11 % du collège électoral.

La commission s'est interrogée sur un éventuel déséquilibre démographique entre la métropole de Lyon et le département du Nouveau-Rhône. En effet, la métropole bénéficierait d'une meilleure représentation aux élections sénatoriales que le département : un conseiller métropolitain représenterait 9 030 habitants, contre 17 208 pour un conseiller départemental.

Après analyse, cette situation semble compatible avec la jurisprudence constitutionnelle, quelle que soit l'interprétation retenue.

Selon une première interprétation, la métropole et le département représenteraient deux strates de collectivités distinctes, la métropole exerçant les compétences d'un département, mais également certaines compétences des communes. Dans une telle hypothèse, la jurisprudence constitutionnelle n'impose pas de prendre en compte la population respective de la métropole et du département pour répartir les grands électeurs.

Selon une seconde interprétation, la métropole et le département appartiendraient à la même strate de collectivités territoriales. La jurisprudence constitutionnelle reste toutefois relativement souple : elle impose de prendre en compte la démographie des collectivités territoriales, pas de prévoir un nombre de grands électeurs proportionnel à leur population. Au sein de la strate communale, la ville de Lyon, par exemple, est moins bien représentée que les communes rurales, ce qui permet de représenter plus équitablement les territoires au sein de notre assemblée.

Monsieur le secrétaire d'État, nous espérons que cette proposition de loi consensuelle sera très prochainement inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale.

Je remercie les membres de la commission des lois de m'avoir confié ce premier rapport ! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et du groupe Union Centriste.*)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Laurent Nunez, secrétaire d'État auprès du ministre de l'intérieur. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, voilà cinq ans, une nouvelle collectivité territoriale à statut particulier a été créée par la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, dite loi Maptam : la métropole de Lyon.

La nouvelle collectivité territoriale est dotée de pouvoirs importants, puisqu'elle assume sur le territoire de l'ancienne communauté urbaine de Lyon certaines compétences des communes et toutes les compétences du conseil départe-

Cet acteur majeur du territoire est aussi un acteur politique, avec pour instance de gouvernance un conseil métropolitain de 150 membres, élus au suffrage universel direct : ils seront désignés, pour la première fois, concomitamment aux élections municipales de mars prochain.

Une difficulté est apparue, que Mme la rapporteure vient d'exposer : le législateur a commis un oubli dans la loi Maptam en ne prenant pas en compte la nécessaire participation des élus métropolitains lyonnais aux élections sénatoriales. Concrètement, l'ordonnance de 2014, prise en application de la loi Maptam, n'a pas ajouté la mention des élus du conseil métropolitain de Lyon à l'article L. 280 du code électoral. L'effet de cette absence est direct : si les élections sénatoriales se tenaient demain, en l'état du droit, les conseillers métropolitains de Lyon n'auraient pas le droit de vote.

Cette situation ne pouvait pas durer, avant tout parce qu'elle provoque un problème majeur de non-représentation politique. Nous devons d'autant plus y mettre un terme qu'elle ferait planer des risques, comme l'a expliqué Mme la rapporteure, sur les opérations électorales dans le Rhône.

En effet, si les élections sénatoriales se déroulaient en l'état du droit, soit sans les élus métropolitains parmi les grands électeurs, elles risqueraient très fortement d'être invalidées comme contraires non seulement à l'article L. 280 du code électoral, qui dispose que le collège électoral « assure, dans chaque département, la représentation des différentes catégories de collectivités territoriales », mais aussi à la Constitution, puisque le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 6 juillet 2000, a été plus explicite encore, jugeant que le Sénat devait être élu par un corps électoral représentant toutes les catégories de collectivités territoriales.

Nous partageons tous la même volonté d'éviter que pèse le moindre risque sur le prochain scrutin sénatorial. C'est pourquoi le Gouvernement soutient cette proposition de loi.

De son point de vue, le texte soumis à l'examen du Sénat ne comporte aucune difficulté. Il me paraît atteindre simplement et efficacement l'objectif qu'il vise : inscrire les conseillers métropolitains de Lyon sur la liste des grands électeurs pour les élections sénatoriales.

Je remercie François-Noël Buffet d'avoir déposé cette proposition de loi et je salue le travail mené par chacun, ainsi que l'esprit de consensus qui a régné pendant nos travaux. Je félicite Mme la rapporteure pour le travail qu'elle a accompli dans le cadre de son premier rapport.

Cet esprit de consensus, madame la rapporteure, mesdames, messieurs, les sénateurs, Christophe Castaner et moi-même le porterons à l'Assemblée nationale. Vous pouvez compter sur notre vigilance pour que la proposition de loi soit adoptée et promulguée avant les prochaines élections sénatoriales ! (Mmes Michèle Vullien et Nassimah Dindar applaudissent.)

M. le président. Merci, monsieur le secrétaire d'État, pour votre concision.

La parole est à Mme Cécile Cukierman.

Mme Cécile Cukierman. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, la proposition de mon collègue sénateur du Rhône, que je salue, n'appelle pas d'objection particulière de la part de mon groupe : c'est ce qu'on pourrait appeler un texte de bon sens. En effet, il s'agit simplement d'assurer l'égalité en permettant aux conseillers métropolitains de Lyon de participer aux prochaines élections sénatoriales.

Je ne rouvrirai pas les débats que nous avons eus lors de l'examen du projet de loi dont est issue la loi Maptam ; en cinq minutes, cela me serait impossible, et puis le temps a passé.

Reste que la situation nous invite à réfléchir sur ces lois – la loi Maptam, la loi NOTRe, notamment – dont certaines dispositions votées de façon parfois un peu rapide, quelquefois à la faveur de petits arrangements, nous obligent, quelques mois ou quelques années plus tard, à modifier, compléter ou ajuster, pour les rendre conformes et applicables, des dispositifs pourtant structurants pour l'organisation de notre pays.

Un problème demeure, que M. le secrétaire d'État a évoqué : le mode de scrutin qui régira la désignation des conseillers métropolitains de Lyon.

Il s'agit d'un problème politique, que nous avons dénoncé dès le départ : au sein de la métropole de Lyon – cas particulier, puisqu'elle vaut aussi département –, un certain nombre de communes ne seront plus représentées, compte tenu du mode de scrutin choisi.

On peut tourner les choses dans tous les sens : au vu des circonscriptions qui ont été découpées, des formations politiques et des enjeux électoraux, nous pouvons tous reconnaître que, demain, des communes ne seront plus représentées. D'où les propositions faites par le Sénat il y a peu sur la nécessité d'un travail avec l'ensemble des maires au sein de la métropole – je ne reviens pas sur les amendements qui ont été déposés.

L'autre difficulté qui rend fondamental le travail qui devra être fait dans la future gouvernance de la métropole, c'est qu'un certain nombre de communes seront représentées, mais pas par leur majorité. Il faudra donc gérer ce paradoxe : des opposants, y compris parfois les plus extrêmes, participeront aux débats de la métropole, quand les maires en seront totalement exclus. Cette situation est d'autant plus surprenante que, encore une fois, les compétences de la métropole de Lyon seront importantes, tant pour la vie des communes et leur administration que pour l'ensemble de la population qui y réside.

Peut-être faudra-t-il que le Sénat se saisisse de la question à l'issue du rendez-vous électoral de 2020, en examinant les incidences de cette situation sur la vie démocratique et la place réellement donnée à chaque commune de la métropole dans les deux ou trois années qui suivront.

De façon collective et dans le respect de la liberté des collectivités territoriales, à laquelle nous sommes toutes et tous très attachés, nous devons, s'agissant d'un cas particulier – la métropole de Lyon –, faire preuve d'une vigilance particulière pour que, comme nous le souhaitons tous, la commune reste l'échelon de base de la démocratie ! (Mmes Mireille Jouve et Michèle Vullien applaudissent.)

M. le président. La parole est à M. Gilbert-Luc Devinaz. (Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.)

M. Gilbert-Luc Devinaz. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, c'est la deuxième fois en moins d'un mois que la métropole de Lyon s'invite dans les débats de cette illustre assemblée.

Début mai, à l'occasion de l'examen de la proposition de loi tendant à renforcer les synergies entre les conseils municipaux et les conseils communautaires, François-Noël Buffet, par un amendement relatif à la conférence métropolitaine, a déjà lancé un débat. Cet après-midi, nous allons débattre du

statut spécifique de cette collectivité, à la faveur de la proposition de loi visant à permettre aux conseillers métropolitains de participer aux prochaines élections sénatoriales.

Ce texte corrige une lacune juridique : la métropole de Lyon est une collectivité territoriale à statut particulier, dont, à partir de 2020, les conseillers pourront ne pas être conseillers municipaux, mais ces conseillers métropolitains, comme il a été rappelé, ne figurent pas dans le collège électoral pour l'élection des sénateurs du Rhône. Or tout justifie que ces élus participent aux futures élections sénatoriales.

D'accord pour combler cette lacune de droit, les sénateurs socialistes du Rhône ont cosigné la proposition de loi. Mon intervention pourrait donc s'arrêter là.

Toutefois, ce ne sera pas tout à fait le cas. Car cette omission bientôt corrigée ne doit pas masquer le problème de fond des institutions métropolitaines, celui de l'identité d'une métropole qui est actuellement dans une période transitoire.

Cette collectivité dispose d'une double compétence : celle d'une intercommunalité et celle d'un département. Son identité n'est pas achevée, et plusieurs modèles se profilent, comme l'ont souligné mes collègues Claude Raynal et Charles Guené dans leur rapport d'information. « Affaire d'hommes et de circonstances », encore inachevée, cette métropole pose aujourd'hui de nombreuses questions institutionnelles, dont deux me paraissent fondamentales : l'absence formelle des maires dans les futures institutions et l'absence des habitants à des échelons de proximité.

En mai dernier, Annie Guillemot et moi-même avons défendu plusieurs amendements visant à corriger cette absence des maires. Nous souhaitions renforcer le pouvoir d'avis de la conférence des maires, seule instance où ces derniers siègent en tant que tels. Nous voulions renforcer aussi le pouvoir de consultation des conférences territoriales, déclinaisons locales de la conférence des maires. Ces amendements ont été rejetés, au motif que leurs dispositions rigidifiaient l'exercice du mandat local et qu'il revenait à la collectivité territoriale de résoudre ces lacunes.

Nous avons tout de même obtenu le changement de nom du texte, afin de l'adapter à la métropole de Lyon, grâce à un amendement de Mme Annie Guillemot.

Cet après-midi, nous débattons de nouveau d'un sujet technique lié à cette institution originale. Ne serait-il pas temps de se poser la question d'un texte spécifique pour une métropole à statut spécifique ? Légiférons dans le cadre d'un grand texte général, et non par une accumulation de corrections techniques !

Cela nous donnerait l'occasion de nous interroger sur les conséquences en termes de gouvernance de ce statut particulier et de réfléchir ensemble à des questions aussi importantes que celle des échelons de proximité entre la métropole et ses habitants. Sans proximité, la métropole risque un destin proche de celui de l'Union européenne : s'éloigner *in fine* des habitants qu'elle est censée représenter, avec les conséquences électorales que cela peut provoquer.

Cette réflexion peut avoir lieu à l'occasion d'une future réforme de la décentralisation annoncée par le Président de la République ou plus tard, après une phase d'évaluation à l'issue du prochain mandat. Mais un texte de portée générale sur la métropole de Lyon fait défaut pour ce qui concerne le fonctionnement de cette dernière après 2020 et une éventuelle généralisation.

Je conclus en me félicitant de cette proposition de loi pour deux raisons.

Premièrement, ce texte met en lumière le rôle technique et précis du Sénat dans l'évaluation et l'amélioration de la loi.

Deuxièmement, il illustre l'esprit de consensus et d'intérêt général qui a prévalu et nous a conduits à le cosigner : nous le voterons. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et sur des travées du groupe Union Centriste.*)

M. le président. La parole est à Mme Mireille Jouve. (*Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

Mme Mireille Jouve. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, conjointement à la tenue des prochaines élections municipales, les électeurs du Grand Lyon seront amenés à élire, dans le cadre d'un scrutin distinct, leurs conseillers métropolitains.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, date de la création de la nouvelle collectivité territoriale à statut particulier dénommée « métropole de Lyon », ce sont les anciens conseillers de la communauté urbaine qui siègent toujours en son sein. Ces derniers, comme tous les conseillers communautaires de France, sont susceptibles d'être parties prenantes du corps électoral aux élections sénatoriales de par leur mandat communal, ayant été désignés dans le cadre d'un fléchage.

Or le prochain renouvellement des conseillers métropolitains lyonnais devant désormais se faire dans le cadre d'un scrutin supra-communal, il convient de permettre aux futurs élus d'être associés aux prochaines élections sénatoriales.

En effet, dans un avis de 2000, le Conseil Constitutionnel a rappelé que « toutes les catégories de collectivités territoriales doivent [...] être représentées » au Sénat.

Aussi, le groupe du RDSE souscrit à la proposition de notre collègue Jean-Noël Buffet, laquelle répare une omission et permet une modification du collège électoral des sénateurs dans le département du Rhône.

L'occasion nous est donnée de revenir brièvement sur la perspective de cette élection au sein du Grand Lyon, qui conduira, pour la première fois à l'intérieur d'une métropole, à faire exercer des compétences pour partie précédemment communales par des élus qui ne seront plus nécessairement également des élus municipaux.

Le Sénat, de manière constante, a rappelé son attachement à ce que la commune demeure la cellule de base dans toute forme de coopération intercommunale. Ce lien ne saurait être rompu sans menacer la pérennité de la structure communale.

Le Sénat a également pris acte du fait que, en l'état des règles institutionnelles, il n'est pas possible de garantir une représentation de l'ensemble des communes concernées au sein d'une métropole ayant acquis le statut de collectivité territoriale.

Dès son élection, le Président de la République a fait part de son intention de voir reproduit le modèle lyonnais et de favoriser la fusion des compétences départementales et métropolitaines, au sein des périmètres métropolitains, dans le cadre de la création de nouvelles collectivités territoriales.

Lille, Nantes, Bordeaux, Toulouse, Nice... : plusieurs tentatives de rapprochement ont été entreprises. Elles n'ont pas pu à ce jour faire l'objet de consensus locaux, comme cela avait été le cas à Lyon.

Les récents travaux de la commission des finances sur ces évolutions institutionnelles, en l'occurrence la fusion intervenue sur le territoire du Grand Lyon, ont conclu qu'une telle entreprise serait difficilement reproductible.

En effet, une large part de l'équilibre du modèle lyonnais réside notamment dans le fait que la dynamique économique et financière existant autour de l'aéroport Lyon-Saint Exupéry continue de profiter au département du Rhône. Une configuration différente aurait vraisemblablement entraîné un profond déséquilibre en termes de moyens et d'attractivité.

Un ultime projet de fusion demeure actif, celui de la métropole d'Aix-Marseille-Provence. Le Gouvernement souhaiterait le concrétiser sur l'ensemble du périmètre des Bouches-du-Rhône, écartant, notamment, ainsi le délicat sujet des ressources des territoires demeurant hors du périmètre métropolitain au sein d'un même département.

Là encore, si le projet aboutit – les élus bucco-rhodaniens attendent, monsieur le secrétaire d'État, avec une impatience désormais non dissimulée les propositions du Gouvernement –, il ne sera pas possible, en l'état du droit, d'assurer la représentation de l'intégralité des communes au sein de la future collectivité territoriale.

La nouvelle métropole marseillaise, comme c'est le cas à Lyon, s'emparera de compétences précédemment communales, qui affecteront largement l'action municipale. Mais toutes les communes ne pourront y être représentées ou, situation ubuesque, certaines pourraient l'être par des opposants aux maires en place.

Cet écueil appelle peut-être une évolution de nos règles institutionnelles. Si l'égalité des citoyens devant le suffrage est un principe à valeur constitutionnelle, la représentation de tous les territoires doit aussi être une préoccupation croissante au regard du creuset qui s'installe inexorablement entre les territoires urbains, périurbains et ruraux, une diversité de territoires que l'on serait susceptible de retrouver dans la future métropole marseillaise.

Au travers de la défense de l'échelon communal, le Sénat a toujours été soucieux de maintenir une véritable proximité, un lien physique avec nos concitoyens, et ce dans l'ensemble de nos territoires. Nous n'oublions pas que les Français veulent garder des élus « à portée d'engueulades » dans leurs communes, comme au Parlement d'ailleurs. *(Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen et du groupe Union Centriste. – Mme Michèle Vullien et M. Daniel Chasseing applaudissent également.)*

M. le président. La parole est à Mme Michèle Vullien. *(Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste.)*

Mme Michèle Vullien. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, nous examinons aujourd'hui une proposition de loi visant à corriger un vide juridique pour la collectivité à statut particulier qu'est la métropole de Lyon.

Tout d'abord, je souhaite remercier François-Noël Buffet de son initiative et de son association de tous les sénateurs du Rhône à sa démarche. Je remercie également Mme la rapporteure de nous avoir auditionnés.

Permettez-moi de poser le sujet en rappelant certains éléments, même si les orateurs précédents les ont évoqués.

En devenant le 1^{er} janvier 2015 la première métropole à statut particulier de France et non plus un EPCI, la métropole de Lyon intégrait sur les cinquante-neuf communes de

son territoire toutes les compétences du conseil départemental, tandis que le conseil départemental du Nouveau-Rhône voyait le jour pour le reste du département.

Le Rhône se divise désormais en deux entités administratives distinctes : la métropole et le conseil départemental.

De fait, les conseillers communautaires fléchés lors des élections municipales de 2014 ont obtenu, dans la nuit du 31 décembre 2014 au 1^{er} janvier 2015, la double casquette de conseillers métropolitains et de conseillers départementaux.

En 2020, le mode de scrutin changera, comme cela a été évoqué : le fléchage disparaîtra au profit d'une élection métropolitaine au suffrage universel direct dissociée des élections municipales, même si le scrutin aura lieu le même jour, ce qui ne sera pas sans troubler les électeurs. Les citoyens éliront donc les maires des 59 communes et les 150 conseillers métropolitains répartis sur 14 nouvelles « circonscriptions Maptam » : celles-ci sont différentes des circonscriptions législatives ; elles sont liées au poids démographique, sans tenir compte des entités communales. Il est entendu qu'il n'y a pas nécessairement de lien entre les listes : aucune obligation, par exemple, pour un conseiller métropolitain d'être présent sur une liste municipale.

Dans le cadre de la proposition de loi que nous examinons aujourd'hui, il convient d'ajuster le droit à notre spécificité, à savoir de faire des 150 conseillers métropolitains des grands électeurs lors des prochaines élections sénatoriales. Nous partageons tous, me semble-t-il, l'idée de ce nécessaire ajustement, et l'ensemble du groupe centriste votera en faveur de ce texte.

Permettez-moi, toutefois, de profiter de cette tribune pour remettre en perspective le volet démocratique de ce nouveau mode de scrutin, volet qu'il nous faudra corriger. J'aurais aimé le faire pour l'échéance de 2020, mais des événements malencontreux ne l'ont pas permis. Aussi, je persévère pour 2026.

Très simplement, il faut considérer que toutes les communes ne seront plus représentées au sein du conseil de la métropole. Pis encore, comme cela a été relevé, il est possible qu'un maire démocratiquement élu voie son opposant ayant perdu aux élections municipales, mais gagné aux élections métropolitaines siéger au conseil métropolitain et représenter sa commune. Avouons-le, cette situation sera assez incompréhensible pour les citoyens. Certains disent qu'il en est de même pour les élections départementales, à la nuance près que, dans notre cadre, les communes délèguent des compétences à la métropole comme un EPCI. Il est donc impossible de fait d'être le premier échelon de proximité sans siéger dans les organes délibérants.

La contrainte juridique est actuellement liée à la logique démographique et au fameux tunnel des plus ou moins 20 %. C'est ce point qu'il conviendra de modifier et qui pourrait être étudié lors de la prochaine révision constitutionnelle. Je vous donne donc rendez-vous, mes chers collègues, et j'espère que ce texte sera examiné par le Sénat le plus rapidement possible. *(Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste. – M. Daniel Chasseing applaudit également.)*

M. le président. Mes chers collègues, je vous annonce que le scrutin public solennel sur l'ensemble du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé est clos.

Dans la suite des explications de vote sur la proposition de loi visant à permettre aux conseillers de la métropole de Lyon de participer aux prochaines élections sénatoriales, la parole

est à M. Alain Marc. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires et du groupe Union Centriste.*)

M. Alain Marc. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, la présente proposition de loi vise à corriger une omission.

Créée par la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, la métropole de Lyon est une collectivité à statut particulier, qui exerce les compétences de l'ancienne communauté urbaine de Lyon, celles du département et certaines compétences des communes depuis le 1^{er} janvier 2015.

Toutefois, l'ordonnance relative à l'élection des conseillers métropolitains de Lyon n'a pas prévu que les 150 conseillers qui seront élus au suffrage universel direct à compter de 2020 participent aux élections sénatoriales. Or cette situation n'a pas été souhaitée par le législateur, qui n'a jamais exprimé sa volonté d'exclure les conseillers métropolitains du corps électoral des élections sénatoriales.

C'est pour remédier à cette erreur de coordination de l'ordonnance que la proposition de loi de notre collègue François-Noël Buffet autorise les 150 conseillers de la métropole de Lyon à participer aux élections sénatoriales dès le prochain renouvellement du Sénat, en 2020. Ainsi, après ajout des conseillers métropolitains, le nombre de grands électeurs dans le Rhône passerait de 3 500 à 3 650 personnes, soit une augmentation de 4,29 % – le nombre exact n'est pas connu à ce jour, car il faut attendre le dernier relevé de l'Insee.

Cette proposition de loi paraît pertinente, puisqu'elle vise à sécuriser les élections sénatoriales en levant un risque contentieux. Elle répond à un double enjeu.

En premier lieu, elle assure une certaine équité entre les conseillers métropolitains et les autres élus. En second lieu, elle respecte la jurisprudence constitutionnelle, qui exige que toutes les catégories d'élus locaux participent aux élections sénatoriales.

Je tiens à saluer, pour la qualité de ses travaux, la rapporteure, notre collègue Claudine Thomas, qui s'est interrogée sur un éventuel déséquilibre démographique entre la métropole de Lyon, d'une part, et le département du Nouveau-Rhône, d'autre part. Aux élections sénatoriales, un conseiller métropolitain représenterait 9 030 habitants, contre 17 208 habitants pour un conseiller départemental. La rapporteure nous a rassurés sur ce point, cette situation serait compatible avec la jurisprudence constitutionnelle.

Monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, cette proposition de loi remédie opportunément à une lacune du code électoral et fait consensus entre les sénateurs du Rhône. Le groupe Les Indépendants la votera sans réserve. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires, du groupe Union Centriste et du groupe Les Républicains.*)

M. le président. La parole est à M. Alain Richard.

M. Alain Richard. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, je préfère mettre fin au suspense tout de suite : nous voterons ce texte.

M. André Gattolin. Bravo !

M. Alain Richard. On pourrait essayer d'être original, mais, franchement, il n'y a pas matière.

Cette proposition de loi procède au rattrapage d'une petite incohérence intervenue dans le cadre de l'ensemble des textes prévoyant la mise en place de la métropole de Lyon.

En effet – et c'était clair depuis le début ! –, le conseil métropolitain, comme partout ailleurs, exerce les missions d'un conseil départemental. En vertu du principe de représentation de l'ensemble des collectivités territoriales dans le collège sénatorial, les conseillers métropolitains auraient donc dû être qualifiés de grands électeurs sénatoriaux. D'ailleurs, lorsque notre collègue François-Noël Buffet a présenté cette proposition de loi, je me suis demandé s'il était nécessaire de légiférer tant il est évident que l'on aurait dû les considérer comme tels, en interprétant la loi. Mais la voie de la sécurité juridique prévaut : en matière électorale, il vaut toujours mieux mettre les points sur les i.

Aussi, cette proposition de loi apporte cette clarification. Son examen nous donne d'ailleurs l'occasion de constater que la métropole de Lyon est la seule collectivité qui soit à la fois départementale et intercommunale. En effet, elle exerce les fonctions d'une autre métropole élue par fléchage. À cet égard, j'en profite pour souligner – je rabâche ce message chaque fois que j'en ai l'occasion – que les uns comme les autres sont élus au suffrage universel direct. En revanche, les conseillers métropolitains sont élus au suffrage universel direct et supra-communal, sans avoir l'assurance que chacune des communes sera représentée au conseil. Certes, le nombre important de 150 conseillers minimise ce risque, mais c'est la première assemblée élue exerçant les missions de l'intercommunalité qui ne soit pas assurée de la représentation de chacune des communes.

Pour faire un bref rappel historique, lorsque la communauté urbaine de Lille a été créée par la loi en 1966, création accompagnée d'ailleurs d'un vacarme de protestations de tous les élus locaux, il avait alors été prévu que les petites communes y seraient représentées collectivement par certaines d'entre elles. Si le Conseil constitutionnel n'est jamais revenu sur ce sujet, c'est parce qu'il n'aurait pas été satisfait d'avoir à juger que la réforme mise en place en 1966 n'était pas tout à fait conforme à la Constitution.

Aujourd'hui, un établissement public de coopération intercommunale doit comprendre, me semble-t-il, un représentant de chaque commune, alors que le conseil métropolitain de Lyon est configuré différemment. Quoi qu'il en soit, je ne prolongerai pas mes explications, la proposition de loi est parfaitement argumentée et rédigée.

Comme vient de le relever à l'instant Alain Marc, le rapport nous a donné des indications sur la représentation démographique des différentes catégories d'élus, et c'est en effet tout à fait conforme aux principes énoncés par la jurisprudence constitutionnelle. Nous n'avons donc que des raisons de nous réjouir du dépôt de ce texte, auquel nous apporterons notre soutien. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche, du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen et du groupe Union Centriste.*)

M. le président. La parole est à M. François-Noël Buffet.

M. François-Noël Buffet. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, permettez-moi, tout d'abord, de faire part de quelques remerciements.

Mes premiers remerciements s'adressent à mes collègues du Rhône, Elisabeth Lamure, Catherine Di Folco, Michèle Vullien, Annie Guillemot, Michel Forissier et Gilbert-Luc Devinaz, qui ont cosigné ce texte, tant il nous paraissait évident qu'il s'agissait d'une question d'intérêt général et qu'il convenait de régler ce problème juridique, qui résulte d'un oubli.

Je remercie également la rapporteure, Claudine Thomas, qui a réalisé un travail essentiel pour éclairer la commission des lois et le Sénat sur les questions juridiques qui pouvaient se poser, voire sur des questions de représentativité. Le fait d'ajouter 4,2 % d'électeurs pour les élections sénatoriales du Rhône peut être accepté et ne pose pas de problème constitutionnel – c'est un élément important.

Je remercie aussi le Gouvernement, qui, dès le départ, me semble-t-il, a indiqué qu'il soutiendrait ce texte. (*M. le secrétaire d'État opine.*)

La métropole de Lyon comprend 1,4 million d'habitants, regroupe 59 communes et compte 162 élus, actuellement conseillers métropolitains, issus des élections de 2014.

La loi Maptam a introduit un élément nouveau : en 2020, le conseil de la métropole de Lyon sera élu au suffrage universel direct. Bien qu'ayant un statut particulier, il s'agit d'une collectivité territoriale, en vertu de l'article 72 de la Constitution, comme les communes, les départements et les régions. De ce fait, l'élection au suffrage universel direct s'applique.

Un certain nombre de collègues l'ont relevé, cette élection aura des conséquences sur notre façon de fonctionner dans la mesure où tous les maires ne seront pas forcément représentés au sein du conseil de la métropole. Telle est la règle du suffrage universel. La gouvernance devra sans doute en tenir compte pour créer les conditions d'un travail collaboratif assez large, en vue de faire en sorte que le système fonctionne. Peut-être que d'autres évolutions législatives seront nécessaires ou que d'autres ajustements apparaîtront évidents. J'espère que nous prendrons alors soin collectivement d'y procéder de telle sorte que ce territoire important fonctionne le mieux possible.

Pour vous donner un ordre d'idée, mes chers collègues, la métropole de Lyon a un budget de 3,5 milliards d'euros pour un peu moins de 1,4 million d'habitants. Sans vouloir me fâcher avec quiconque, à titre de comparaison, la région Auvergne-Rhône-Alpes, qui compte un peu plus de 8 millions d'habitants, dispose à peu près du même budget. Vous voyez ce que représente la métropole de Lyon. Après l'Île-de-France, il s'agit évidemment d'un territoire extrêmement riche, au vrai sens du terme, au regard de ses diversités, mais aussi de ce qu'il représente dans notre région Auvergne-Rhône-Alpes et à l'échelon national.

Cette élection au suffrage universel direct donnera donc à ces élus un pouvoir beaucoup plus important et par conséquent une responsabilité plus grande encore. C'est pourquoi il convenait de corriger cet oubli.

Ainsi, les 150 prochains élus – on ne sait jamais si l'on sera réélu au sein de la collectivité – pourront participer aux élections sénatoriales, conséquence étant tirée de ce qu'est une collectivité locale et de ce que sera la métropole de Lyon à partir de 2020.

Je vous remercie toutes et tous du travail accompli et de cette belle unanimité qui devrait couronner les travaux de la Haute Assemblée cet après-midi. Nous nous retrouverons sans doute plus tard pour d'autres débats sur la métropole, mais contentons-nous pour l'heure de ce plaisir unanime. (*Applaudissements.*)

M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix, dans le texte de la commission, l'ensemble de la proposition de loi.

(*La proposition de loi est adoptée.*)

M. le président. Je constate que la proposition de loi a été adoptée à l'unanimité des présents.

8

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Adoption en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission modifié

Proclamation du résultat du scrutin public solennel

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 149 :

Nombre de votants	334
Nombre de suffrages exprimés	311
Pour l'adoption	219
Contre	92

Le Sénat a adopté, dans le texte de la commission, modifié, le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix-neuf heures cinquante-cinq, est reprise à vingt et une heures trente, sous la présidence de Mme Catherine Troendlé.*)

PRÉSIDENTE DE MME CATHERINE TROENDLÉ vice-présidente

Mme la présidente. La séance est reprise.

9

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU DANGEREUX

Adoption d'une proposition de loi dans le texte de la commission modifié

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle, à la demande du groupe Les Républicains, la discussion de la proposition de loi visant à améliorer la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux, présentée par M. Bruno Gilles et plusieurs de ses collègues (proposition n° 229, texte de la commission n° 536, rapport n° 535).

Dans la discussion générale, la parole est à M. Bruno Gilles, auteur de la proposition de loi.

M. Bruno Gilles, auteur de la proposition de loi. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, le 5 mars dernier, nous examinons ma proposition de loi qui faisait suite au drame de la rue d'Aubagne à Marseille, drame qui a marqué durablement les esprits, tant il a cruellement endeuillé huit familles puis entraîné l'évacuation de plusieurs milliers de personnes.

Il a également donné un coup de projecteur sur la douloureuse réalité et l'étendue du phénomène du logement indigne en France dans les zones urbaines comme rurales.

Au risque de me répéter, le traitement de la question du logement insalubre doit être à la mesure du drame pour que plus jamais nous n'ayons à revivre cela. Aujourd'hui, il nous faut faire plus, plus vite et plus efficacement. Lutter contre l'habitat indigne est notre affaire à tous : il s'agit d'une priorité nationale.

Je suis très satisfait que le Sénat ait pu s'emparer de ce sujet, car, comme l'a constaté la commission des affaires économiques lors de ses déplacements, les élus, et les maires en particulier, sont très impliqués et engagés dans la lutte contre l'habitat insalubre. Ceux-ci sont pourtant trop souvent freinés dans leurs actions, empêchés dans d'autres cas, du fait de la complexité des procédures, de la diversité des autorités concernées et de l'enchevêtrement des compétences en matière de logement indigne. Il nous revient de lever les freins constatés pour que la lutte contre l'habitat insalubre soit plus rapide et plus efficace.

Je remercie la commission des affaires économiques du bon accueil fait aux propositions que j'ai exposées dans ce texte, examiné une première fois en mars dernier.

Vous avez souhaité, madame le rapporteur, prendre davantage de temps pour approfondir la réflexion sur les dispositifs que nous avons proposés au travers des neuf articles visant à renforcer les capacités de contrôle et d'intervention des collectivités territoriales, accélérer les réponses aux situations d'insalubrité et renforcer les sanctions à l'encontre des marchands de sommeil.

Les nombreuses visites de terrain, ainsi que les auditions auxquelles vous avez procédé à Montfermeil, à Marseille, dans la Somme, en Guadeloupe, en Martinique, pour ne citer que ces déplacements, ont permis d'appréhender très concrètement des situations multiples qui appelaient des réponses ciselées, des dispositifs les plus ajustés possible, sans pour autant pénaliser un secteur. Cela justifiait pleinement la motion tendant au renvoi du texte à la commission, qui a été votée le 5 mars dernier dans le but d'améliorer le texte, et à laquelle je souscrivais sans réserve.

S'il existe des freins législatifs au traitement du problème du logement insalubre – et nous allons essayer d'y remédier *via* ce texte justement amendé –, ils ne sont pas exclusifs.

Je compte, nous comptons sur vous, monsieur le ministre, pour nous épauler et compléter ce qui doit l'être, afin de faire avancer rapidement la lutte contre l'habitat insalubre, et notamment d'accompagner en moyens humains, financiers et d'ingénierie ce chantier législatif majeur.

Les travaux de votre commission, madame la présidente, ont validé les principales orientations défendues par Mme le rapporteur à l'aune des observations collectées sur le terrain, observations que celle-ci nous présentera dans quelques instants.

L'une des dispositions que j'approuve pleinement est la mise en place d'une police spéciale du logement qui traitera, selon une procédure identique, l'ensemble des cas d'habitat dégradé, qu'il soit en péril, insalubre, indigne ou indécent. Il s'agit là d'une mesure de simplification de premier plan, qui contribuera assurément à accélérer les procédures en matière de traitement des logements dégradés : une catégorie unique d'habitat dégradé, un acteur unique pour traiter ces situations, une procédure unique.

Monsieur le ministre, j'espère que vous accéderez à notre demande d'anticiper sur les ordonnances prévues par la loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, dite loi ÉLAN, afin de simplifier et d'harmoniser les polices administratives en matière de lutte contre l'habitat indigne. Leur entrée en vigueur à l'horizon de 2021 n'est en effet pas adaptée eu égard à l'urgence d'agir efficacement, objectif que nous partageons tous.

À ce stade, la commission, contrainte par l'article 40 de la Constitution, n'a pas pu donner une seule définition du logement indigne – qui aurait recouvert le logement en péril, le logement insalubre et le logement indécent. Cela aurait supposé que l'on désigne un seul acteur en charge de cette police du logement, ce qui implique des transferts de compétences entre l'État et les collectivités.

Le traitement des logements en péril et celui des logements insalubres demeureront donc distincts pour le moment : le maire continuera de prendre des arrêtés de péril et le préfet continuera de prendre des arrêtés d'insalubrité. Mais, dans les deux cas, ils devront suivre une procédure qui sera identique, et ce grâce aux travaux de la commission.

Le texte de la commission comporte des apports précieux, notamment en ce qui concerne les effets d'une interdiction définitive ou temporaire d'habiter les lieux et le choix des acteurs concernés après qu'une telle interdiction a été prononcée. La commission propose ainsi de rendre obligatoire la présence d'un syndic professionnel en cas d'arrêté de péril ou d'insalubrité.

Madame le rapporteur, vous dotez les collectivités locales de nouveaux pouvoirs pour lutter contre l'habitat indigne sans pour autant alourdir la procédure du permis de louer. Vous complétez notamment un dispositif que nous proposons et qui consiste à exproprier un propriétaire qui ne réaliserait pas les travaux prescrits par un arrêté de péril ou d'insalubrité, tout en donnant un droit de priorité aux collectivités territoriales qui souhaiteraient profiter du bien exproprié.

Vous accentuez les sanctions que nous proposons à l'encontre des marchands de sommeil et faites en sorte que les collectivités territoriales bénéficient du produit des amendes prononcées par le préfet pour non-respect des règles relatives au permis de louer.

Madame le rapporteur, vous appelez tous les acteurs à se mobiliser pour lutter contre l'habitat indigne. Je ne peux que partager pleinement cette volonté.

Il nous faut être à la fois inventifs et concrets dans les dispositifs que nous proposons, à l'image du parcours de rénovation énergétique performante de la ville de Montfermeil où je me suis rendu, moi aussi, en février dernier.

Il en va de même pour la politique de l'habitat à Marseille. Je souhaite que chaque projet de construction ou de réhabilitation d'immeuble, notamment en centre-ville, soit plus vertueux sur le plan énergétique et en lien avec son écosystème environnemental et sociétal.

La deuxième ville de France doit pouvoir se doter d'un projet urbain global plus dynamique. Cette volonté ne peut se concrétiser sans le concours de ses habitants et de ses commerçants, que nous devons associer et faire revenir, car ils font vivre le cœur de ville.

Parvenir à lutter contre la spirale négative de la dégradation du bâti et, par suite, des conditions de vie suppose une approche transversale et coordonnée des actions à mener : plan de sauvegarde, projet urbain, suivi des relogements, accompagnement social et, bien sûr, lutte contre l'habitat indigne.

Ainsi, et pour aller plus loin, on peut penser que la mise en œuvre d'une opération de requalification des copropriétés dégradées serait susceptible d'apporter une aide massive aux petits propriétaires privés qui font face à la dévalorisation de leur immeuble et du quartier sans avoir les moyens financiers d'y remédier efficacement.

Plus largement encore, il serait opportun de créer une zone franche urbaine dans le centre de Marseille, afin d'impulser une nouvelle dynamique économique et sociale. Celle-ci prendrait la forme d'un double panel d'aides et de subventions cumulatives, afin que ce périmètre puisse renouer avec l'attractivité et la réussite économique.

Le retour de petites entreprises et du commerce de proximité contribuerait à la rénovation du centre-ville en engageant un processus de requalification des réseaux, de réhabilitation des devantures commerciales et des façades d'immeubles, de rénovation des locaux professionnels, associé à l'utilisation des nouveaux outils destinés à lutter contre l'habitat indigne.

Telles sont les prémices à l'instauration d'un cercle vertueux qui redonnera vie à des quartiers qui ont depuis trop longtemps le sentiment d'être oubliés.

Le Sénat, sur ces grandes questions, a pris ses responsabilités en inscrivant une nouvelle fois notre proposition de loi à l'ordre du jour.

J'espère que le Gouvernement formulera des propositions constructives et fera preuve d'esprit de dialogue pour que nous trouvions, de manière concertée, les dispositifs les plus pertinents pour lutter contre l'habitat indigne. Il faudra aussi que l'Assemblée nationale se saisisse du texte sans tarder.

C'est un combat commun que nous devons mener ensemble pour qu'il aboutisse rapidement, car c'est une vision de la dignité de l'homme que nous partageons assurément sur toutes les travées! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et sur des travées du groupe Union Centriste. – Mme la présidente de la commission et Mme le rapporteur applaudissent également.*)

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur de la commission des affaires économiques. Madame la présidente, monsieur le ministre, madame la présidente de la commission, mes chers collègues, il y a sept mois, plusieurs immeubles s'effondraient rue d'Aubagne à Marseille entraînant la mort de huit personnes et obligeant plus d'un millier d'habitants à quitter leur logement. Cet événement dramatique nous faisait prendre conscience, s'il en était besoin, de la situation de l'habitat indigne dans l'ensemble de nos territoires, urbains comme ruraux.

La proposition de loi visant à améliorer la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux, déposée par notre collègue Bruno Gilles, nous a permis de revenir sur ce sujet – ô combien important! – de l'habitat indigne. En mars dernier, nous avons décidé de prendre plus de temps pour approfondir l'examen de ce texte. Il s'agissait d'examiner d'autres dispositifs de prévention et de simplifi-

cation des procédures en matière d'habitat indigne. Je remercie Bruno Gilles d'avoir compris le sens de notre démarche.

Nous avons cherché les moyens de lever les freins législatifs à une mise en œuvre efficace de cette politique. Le texte établi par la commission, que nous examinons ce soir, tient compte des observations recueillies lors de nos nombreux déplacements et auditions. Les principales orientations retenues par Bruno Gilles ont ainsi été confortées.

La commission a centré ses propositions autour de quatre axes.

La détection et la prévention de l'habitat indigne constituent un axe essentiel que l'on néglige bien trop souvent. Or c'est bien connu : « Mieux vaut prévenir que guérir. » Plus on intervient en amont, plus on limitera le nombre de logements indignes. La commission a ainsi créé un chapitre spécifique dans la proposition de loi qui comprend deux mesures.

La première concerne le diagnostic technique global, qui permet de faire un état des lieux de la copropriété. L'outil est intéressant à un double titre. Les copropriétaires bénéficient d'un bilan qui leur sert de base pour engager des travaux. Il s'agit également d'une source de données pour les élus. À Aubervilliers, nous avons vu des immeubles dont la façade est impeccable, mais dont l'intérieur est, en réalité, dans un état de dégradation avancée. Pour les élus, le diagnostic constituerait un outil utile pour repérer ces immeubles. C'est pourquoi la commission l'a rendu obligatoire pour les copropriétés de plus de quinze ans.

La seconde mesure concerne les syndics professionnels. Ils sont aux premières loges pour détecter les logements indignes. La commission leur a donné la possibilité de procéder à des signalements dans les cas d'habitat insalubre, dangereux et indécent, sans que l'on puisse leur opposer le principe de confidentialité des données.

Le deuxième axe est celui de la clarification, de la simplification et de l'accélération des procédures en matière d'habitat insalubre ou dangereux : il repose sur la création d'une police spéciale du logement.

La multiplication des polices n'est pas un gage d'efficacité et peut aussi être source de contentieux. Les événements dramatiques de Marseille nous ont rappelé l'urgence d'agir. Monsieur le ministre, le délai de dix-huit mois dont dispose le Gouvernement pour réformer ces polices par ordonnances est bien trop long. Nous devons arrêter de tergiverser!

C'est pourquoi la commission a décidé de revenir sur l'habilitation à légiférer et de modifier directement le droit en vigueur. Nous proposons de créer une police spéciale du logement qui traitera selon une procédure identique les diverses situations d'habitat dégradé. Cette police spéciale a vocation à traiter l'ensemble des cas, qu'il s'agisse de logements en péril, de logements insalubres ou indécents. Elle a vocation à être aux mains d'un seul acteur : le président de l'EPCI, ou le maire lorsque ce dernier souhaite conserver ses pouvoirs de police, l'État demeurant compétent en cas de carence. Enfin, cette police spéciale a vocation à suivre une procédure identique dans tous les cas.

Malheureusement, Bruno Gilles l'a rappelé, l'article 40 de la Constitution empêche tout transfert de compétences et nous empêche donc de proposer cette réforme dans sa globalité. C'est bien dommage. Je ne peux à ce stade que demander au ministre d'engager cette réforme dans les délais les plus brefs.

Le traitement des logements en péril et celui des logements insalubres demeurent donc distincts à ce stade. Le maire continuera de prendre des arrêtés de péril et le préfet continuera de prendre des arrêtés d'insalubrité. Mais, dans les deux cas, ils devront suivre une procédure qui, elle, sera identique.

Bruno Gilles a proposé d'améliorer deux étapes de la procédure : la phase d'instruction et la phase de relogement.

S'agissant de la phase d'instruction, la commission est allée dans son sens. Elle a donné un délai global de deux mois, à la fois pour visiter les locaux et transmettre le rapport à la personne concernée. Elle a également accéléré la phase de relogement en cas d'interdiction définitive d'habiter, tout en tenant compte du marché du logement. Aussi le délai maximal est-il fixé à six mois dans les zones tendues et à trois mois dans les zones non tendues.

Le dispositif devra certainement être amélioré. Il s'agit de la première pierre de l'édifice. Au Gouvernement, là encore, de démontrer sa volonté d'agir et d'apporter des modifications complémentaires.

Malgré leur volontarisme, les maires sont souvent désarmés, faute de disposer des outils adéquats. Bruno Gilles a proposé d'octroyer de nouveaux pouvoirs aux élus locaux pour mieux lutter contre l'habitat indigne. C'est le troisième axe de nos propositions.

Dans la continuité de la loi pour un accès au logement et un urbanisme rénové, dite loi ALUR, et de la loi ÉLAN, nous avons cherché à améliorer le régime juridique des permis de louer et de diviser. Bruno Gilles proposait que le silence gardé pendant deux mois vaille rejet de la demande. Les professionnels sont partagés et les effets de cette mesure sont incertains. C'est pourquoi la commission a proposé qu'une expérimentation soit menée au préalable avec les collectivités volontaires pour une durée de cinq ans.

Les communes peuvent être découragées face à l'ampleur de la tâche que représente l'instruction des permis de louer. La commission a décidé que le bailleur serait dispensé de cette procédure lorsqu'il a bénéficié, pour le bien concerné, d'un permis de louer depuis moins d'un an. Le bailleur devra cependant informer la collectivité de la mise en location du bien.

De nombreux élus sont confrontés à des propriétaires qui n'exécutent pas les travaux définis dans le cadre d'un arrêté de péril ou d'insalubrité. Dans certains cas, l'expropriation est pourtant la seule solution. La commission a fait sienne la proposition de Bruno Gilles de soumettre à la procédure dérogatoire d'expropriation les immeubles qui font l'objet d'une interdiction définitive d'habiter et dont le propriétaire n'a pas réalisé les travaux. Elle a néanmoins ajouté des critères pour rendre le dispositif recevable au regard du droit de propriété.

Les collectivités sont bien souvent à l'origine du signalement de l'insalubrité ou du péril. Elles sont mieux à même que l'État de valoriser et de gérer un bien exproprié sur leur territoire.

Mme Samia Ghali. Ça dépend !

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Aussi la commission leur a-t-elle donné un droit de priorité pour bénéficier du bien en péril ou insalubre exproprié.

De même, la commission a jugé intéressante l'idée de mettre en place un droit de préemption adapté à la lutte contre l'habitat indigne. Elle n'a pu pas le faire, là encore, en raison du pouvoir limité du Parlement en matière d'initiative financière. C'est cela le parlementarisme rationalisé que l'on voudrait pourtant encore renforcer !

La commission a néanmoins proposé que le nom de l'acquéreur soit mentionné dans la déclaration d'intention d'aliéner, ce qui permettra aux collectivités d'avoir accès à des informations supplémentaires pour détecter d'éventuels marchands de sommeil.

Enfin, quatrième axe, la commission a approuvé le renforcement des sanctions contre les marchands de sommeil. Au regard des coûts induits par la mise en place des procédures de permis de louer et de diviser, la commission a estimé plus logique que ce soient les collectivités qui bénéficient du produit des amendes. En contrepartie, ces mêmes collectivités ne pourront prélever de frais pour le traitement des demandes du permis de louer.

Pour être efficace, toute modification de la législation, aussi opportune soit-elle, doit s'accompagner d'une mobilisation forte et coordonnée des pouvoirs publics dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique et d'un déploiement de moyens humains et financiers en adéquation avec les besoins. Chacun en a bien conscience, la réponse aux difficultés rencontrées ne relève pas toujours du niveau législatif.

La lutte contre l'habitat indigne nécessite que les différents acteurs, collectivités territoriales comme État, se mobilisent fortement pour dépister l'habitat indigne, engager les procédures administratives appropriées et, surtout, assurer le suivi des mesures prescrites. Il s'agit d'une demande très forte des élus que nous avons rencontrés.

En effet, si le préfet ne prononce pas les sanctions en matière de permis de louer, si la justice ne poursuit pas les marchands de sommeil, si les directions départementales des finances publiques ne se retournent pas contre les propriétaires défaillants pour récupérer les sommes engagées par les élus au titre des travaux d'office, les pouvoirs publics perdent toute crédibilité en la matière.

Outre une mobilisation de l'ensemble des acteurs, la lutte contre l'habitat indigne suppose des moyens humains et financiers à la hauteur des enjeux.

De ce point de vue, le dispositif APL accession est un outil essentiel de la politique de lutte contre l'habitat indigne. Chacun a pu constater les effets dévastateurs de sa suppression sur les programmes de rénovation de l'habitat indigne, tout particulièrement en outre-mer.

Mais, au-delà des moyens financiers, il faut d'abord et avant tout convaincre les propriétaires de rénover leur bien, entretenir les toitures, protéger les murs extérieurs. Le parcours de rénovation énergétique performante – le PREP – est un outil intéressant à cet égard, qu'il faut bien sûr encourager.

Sous le bénéfice de ces observations, je vous propose d'adopter le texte tel que la commission l'a modifié. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, du groupe Union Centriste et du groupe Les Indépendants – République et Territoires.*)

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

M. Julien Denormandie, *ministre auprès de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, chargé de la ville et du logement*. Madame la présidente, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, monsieur le sénateur Gilles, mesdames, messieurs les sénateurs, je suis très heureux de vous retrouver, après que la commission a mené de nombreuses auditions et réalisé des travaux complémentaires pour enrichir le texte initial de la proposition de loi que nous avons examinée ici même il y a quelques mois.

Je veux tout d'abord saluer et remercier pour leur travail M. le sénateur Bruno Gilles, Mme la rapporteure, ainsi que l'ensemble des sénateurs de la commission des affaires économiques : ceux-ci ont réellement cherché à mettre en place des solutions efficaces pour prévenir et combattre le fléau de l'habitat indigne.

C'est le sens de l'action que je mène depuis deux ans avec le plan « Initiative copropriétés », la relance du programme de rénovation urbaine ou les améliorations apportées par le projet de loi ÉLAN, autant de sujets sur lesquels j'aurai l'occasion de revenir.

Depuis le drame de la rue d'Aubagne qui a emporté plusieurs vies il y a quelques mois, nous avons eu l'occasion de travailler intensément et de manière collégiale sur cette question. Je suis retourné à de multiples reprises à Marseille pour rencontrer les habitants et accompagner les sinistrés, et pour m'assurer que tous les acteurs, services et opérateurs de l'État, collectivités, se mobilisent pour gérer les suites immédiates de l'effondrement des immeubles et les évacuations.

Les mesures d'urgence ont permis de reloger plus d'un millier de personnes sur les 2 700 habitants évacués. Les délais pour organiser ce relogement peuvent paraître trop longs à certains : je partage pleinement cette impatience que je sais être également la vôtre. Mais, grâce à l'action des services locaux de l'État, grâce à la mobilisation de mon ministère, et avec les collectivités, toutes les solutions de relogement sont explorées, que ce soit chez les bailleurs sociaux, au sein du parc privé en centre-ville ou dans les bâtiments de l'État, notamment la caserne du Muy à proximité du centre-ville.

Nous allons bientôt finaliser avec la métropole et la ville de Marseille de nouveaux outils qui permettront d'accélérer la rénovation du centre-ville. Je pense à cette société de portage que nous cofinancerons – l'État entrera à son capital – ou à la mise en place d'un plan partenarial que nous développerons localement.

Parallèlement à ces mesures, la garde des sceaux et moi-même nous sommes beaucoup impliqués dans la lutte contre l'habitat indigne : nous avons signé, le 8 février dernier, une circulaire très importante, qui commence à produire ses effets, dans la droite ligne des dispositions que vous avez adoptées dans le cadre de la loi ÉLAN.

Sur le plan pénal, par exemple, la circulaire insiste sur le renforcement de la collaboration entre les services instructeurs et les parquets. Et les résultats sont là : dernièrement, sept condamnations ont été prononcées dans le département de la Seine-Saint-Denis, ce qui a entraîné la confiscation d'immeubles, conformément à l'une des mesures que vous aviez votée dans le cadre de la loi ÉLAN.

Pour donner davantage de moyens aux collectivités et leur faciliter la réalisation des travaux d'office, l'Agence nationale de l'habitat, l'ANAH a, à ma demande, porté de 50 % à 100 % la subvention qu'elle accorde cette année aux collectivités dans les six départements retenus pour une mise en œuvre accélérée du plan de lutte contre l'habitat insalubre que je défends, à savoir les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône, l'Essonne, le Nord, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne.

Cette subvention est une mesure importante. Par exemple, le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne – le PDLHI – de la Seine-Saint-Denis a identifié un besoin de 3 millions d'euros de travaux d'office. Dans votre département des Alpes-Maritimes, madame la rapporteure, ce sont également plusieurs logements qui ont d'ores et déjà bénéficié d'une disposition qui permet d'engager très rapidement ces travaux d'office.

Enfin, j'ai demandé aux préfets de faire part de leurs propositions dans des plans départementaux de lutte contre l'habitat indigne. Je leur ai demandé de livrer des objectifs chiffrés, discutés avec les élus locaux, par exemple sur le nombre d'arrêtés à prendre, sur le nombre de bâtiments évalués comme indignes, insalubres ou indécents. L'objectif est de pouvoir piloter une politique efficace.

Le Gouvernement continuera à travailler dans ce sens et je peux vous assurer que je reste très attentif à toutes les propositions susceptibles d'améliorer encore les dispositifs existants, conformément à la position que j'ai toujours adoptée en matière de lutte contre ce fléau que constitue l'habitat indigne. Sachez-le, c'est vraiment avec cet état d'esprit que j'aborde les discussions qui se dérouleront ce soir sur ce texte.

D'autres propositions ont été formulées, notamment par un certain nombre de vos collègues députés de tous bords politiques, qu'il s'agisse de Stéphane Peu ou de députés de la majorité présidentielle. Je pense aussi au député Guillaume Vuilletet qui finalise actuellement ses recommandations dans le cadre d'une mission préparatoire à l'élaboration des ordonnances prévues par la loi ÉLAN.

Votre proposition de loi, monsieur le sénateur, vise à introduire de nouvelles dispositions très importantes : vous voulez renforcer les capacités de contrôle et d'intervention des collectivités territoriales, accélérer les réponses aux situations d'insalubrité – les délais sont évidemment encore trop longs sur le territoire ! – ou encore renforcer l'efficacité des sanctions.

Sous l'égide de Mme la rapporteure, cette proposition de loi s'est enrichie d'ajouts essentiels : la commission propose des mesures en matière de détection et de prévention de la dégradation des logements, des mesures pour donner davantage de moyens aux collectivités ou encore des mesures de simplification des procédures.

Je voudrais vraiment le dire avec force : beaucoup de ces mesures vont dans le bon sens. Par exemple, les collectivités territoriales doivent être encore davantage soutenues dans leur mission de détection. Il est nécessaire d'augmenter le montant des amendes en cas de manquement à l'obligation de déclaration ou d'autorisation préalable à la location et de faire en sorte que ces sommes soient affectées aux collectivités locales, dans l'esprit des dispositions que vous avez adoptées dans le cadre de la loi ÉLAN.

Depuis le mois de février, les astreintes ordonnées par une police, qu'elle soit municipale ou spéciale, dans le cadre de l'identification de logements indignes ou insalubres, ne sont plus versées au budget de l'État – c'était une hérésie! –, mais directement aux collectivités locales pour leur permettre de renforcer leur action. C'est bien mieux ainsi et cela contribue à créer un cercle tout à fait vertueux.

Autre exemple, la détection est améliorée dans cette proposition de loi, grâce à la possibilité offerte aux syndicats de signaler au maire les cas d'habitats insalubres, dangereux et non décents. Cette mesure, introduite en commission par vous-même, madame le rapporteur, constitue de nouveau une avancée par rapport à la loi ÉLAN, laquelle donnait obligation à certains acteurs – je pense, par exemple, aux agences immobilières – de dénoncer les marchands de sommeil dont ils avaient connaissance.

Je ne peux qu'adhérer, évidemment, à l'accélération des réponses apportées aux situations d'insalubrité et de dangerosité des immeubles, aux tentatives pour améliorer le permis de louer, au renforcement des actions menées à l'encontre des marchands de sommeil. Je partage l'ensemble de ces objectifs et c'est dans cet état d'esprit, me semble-t-il, que nous avons travaillé collégialement depuis maintenant de longs mois.

Eu égard à tous ces points, je m'en remettrai à la sagesse de la Haute Assemblée s'agissant de l'adoption de ce texte, et je voudrais expliquer les raisons de cette position.

De nombreuses mesures contenues dans cette proposition de loi vont dans le bon sens, mais il me semble que celle-ci peut encore être enrichie, notamment par les travaux que j'ai demandés au niveau de l'Assemblée nationale. Je pense en particulier au rapport du député Guillaume Vuilletet, que je n'ai pas encore reçu.

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Nous non plus!

M. Julien Denormandie, ministre. Cela tombe plutôt bien, donc!

En tout cas, ce sont des éléments nouveaux qui seront apportés, susceptibles d'enrichir le texte en améliorant, confortant, étayant, corrigeant certaines mesures.

Par ailleurs, je porte une attention particulière à certaines dispositions du texte, qui me semblent appeler des précisions.

Ainsi, madame le rapporteur, vous orientez vos travaux dans le sens d'une procédure identique pour l'habitat insalubre ou dangereux – une procédure d'expropriation simplifiée –, mais, comme vous l'avez vous-même indiqué, l'application de l'article 40 de la Constitution ne vous a pas permis d'aller au bout de la démarche de simplification des acteurs. La fusion des polices est donc aujourd'hui partielle dans le texte. Or c'est l'un des éléments clés du rapport de Guillaume Vuilletet, dont la mission, je le rappelle, s'inscrit dans le cadre d'une habilitation à légiférer par ordonnances octroyée au Gouvernement par les parlementaires lors de l'examen de la loi ÉLAN.

De même, concernant la possibilité donnée aux associations d'exercer les droits reconnus à la partie civile en les autorisant à saisir la justice, j'ai pour ma part une interrogation de fond : ces associations peuvent-elles agir sans l'accord des personnes vivant dans les habitations concernées? Cet accord me paraît souhaitable, même si je comprends les raisons pour lesquelles vous avez retenu l'autre option. Effec-

tivement, les personnes vivant sous l'emprise des marchands de sommeil sont vraiment à leur merci et, parfois, il faut pouvoir les accompagner.

L'amélioration apportée à la procédure du permis de louer, en dispensant le bailleur de demander un permis lorsqu'il a déjà obtenu une autorisation moins d'un an auparavant, facilitera véritablement la tâche des collectivités et fluidifiera le marché. C'est une très bonne mesure. Nous aurons des motifs de débats – des amendements ont été déposés sur la question de la durée –, mais cela va vraiment dans le bon sens.

Le rétablissement du principe de gratuité, censuré dans la loi ÉLAN, est également une bonne mesure. Toutefois, je n'étais pas favorable à la transformation de la procédure actuelle d'accord tacite de la collectivité au bout d'un mois de silence en un refus tacite au bout de deux mois de silence; je suis donc défavorable à l'expérimentation proposée. Vous reconnaîtrez là, mesdames, messieurs les sénateurs, une certaine cohérence dans ma position et il est important d'avoir de la cohérence en politique.

S'agissant de l'obligation de diagnostic pour les copropriétés de plus de quinze ans, si je souscris à l'objectif de prévention, je pense que ce sujet doit être traité dans le cadre de la réforme de la copropriété. Dans la loi ÉLAN, une habilitation à légiférer par ordonnance a été adoptée pour créer un code de la copropriété; c'est plutôt dans ce texte que la mesure devrait figurer, car nous voulons avoir une approche globale de tous les éléments devant être demandés dans le cadre d'une gestion de copropriété : plans pluriannuels de prévention, d'amélioration, d'investissement, etc.

Enfin, le caractère opérationnel de la réduction de la durée maximale d'habitation d'un immeuble déclaré irrémédiablement insalubre et du délai imparti pour qu'un agent se rende sur place et établisse son rapport, une fois l'administration saisie d'une demande tendant à prescrire des mesures pour faire cesser des situations de danger ou d'insalubrité, n'est pas forcément évident à mes yeux. La mesure est tout à fait louable; elle va parfaitement dans le bon sens... Mais est-elle applicable sur le terrain? Ne va-t-on pas aggraver la thrombose du système?

Ainsi, mesdames, messieurs les sénateurs, j'interviendrai avec beaucoup de conviction sur les différents amendements exposés ce soir. Ce débat, me semble-t-il, dépasse tous les clivages politiques, car il est question de lutter contre ce fléau de l'habitat indigne, qui, ne l'oublions jamais, – et je pense en particulier à l'activité des marchands de sommeil – est en augmentation dans notre pays.

Nous avons, collégialement, la responsabilité de prendre toutes les mesures fortes pour lutter contre ce fléau. Les événements tragiques de Marseille, rappelés à plusieurs reprises, montrent à quel point c'est nécessaire!

Je voudrais donc, une nouvelle fois, vous remercier, souligner que de nombreuses mesures vont dans le bon sens et réitérer mon avis de sagesse. Au-delà de certaines divergences dans nos positions, que j'ai résumées, ce texte peut être renforcé *via* le travail que j'ai confié à d'autres parlementaires à la suite de l'adoption de la loi ÉLAN.

C'est dans cet état d'esprit que j'aborde la présente discussion. Je suis certain que nos débats seront extrêmement riches et passionnants, et qu'ils serviront à nos concitoyens, notamment aux plus précaires d'entre eux, qui subissent le fléau de

l'habitat indigne – une situation aujourd'hui inacceptable dans notre pays! (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche.*)

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

Mme Annie Guillemot. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, le 5 mars dernier, nous avons examiné la proposition de loi de Bruno Gilles et, considérant qu'elle pouvait être complétée, nous l'avons renvoyée en commission. Il est vrai que le drame de Marseille avait révélé l'urgence de mesures adaptées et rapidement applicables, car la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux concerne tous nos territoires, avec près de 600 000 logements entrant dans cette catégorie. Plus de 1 million de personnes restent dans des logements « qui menacent leur santé et leur sécurité », dont 50 % de propriétaires pauvres incapables de réaliser des travaux de rénovation.

Contextualiser la question de l'habitat insalubre renvoie à la politique du logement. Or le Gouvernement, malheureusement, persiste à ne pas écouter les alertes répétées. Alors que la reprise était engagée pour atteindre en 2017 le seuil des 500 000 logements construits, dont près d'un tiers de logements sociaux, les résultats se sont dégradés très rapidement, poussant même tous les acteurs – l'Union sociale pour l'habitat ou USH, les associations d'élus, la Fédération française du bâtiment – à lui adresser un appel commun. Dans celui-ci, ils précisent : « Nous sommes collectivement très inquiets face à la crise du logement qui risque de s'aggraver. »

Ce qui s'est produit, ce n'est pas le choc de l'offre tant annoncé, mais ce que nous redoutions : la baisse des permis de construire et des mises en chantier. Et les perspectives sont peu encourageantes, avec une réduction de 11 % des ventes en neuf dans l'individuel diffus et une production de logements sociaux pouvant chuter à 65 000 par an, contre plus de 100 000 aujourd'hui. On semble y aller tout droit !

Les raisons de ce revirement, nous les connaissons, à commencer par l'explosion du coût du foncier – il faut une politique foncière. S'y ajoutent une réduction drastique des ressources du logement social – la clause de revoyure ne nous satisfait pas –, une stratégie de vente massive du patrimoine HLM, une hausse des loyers, une précarisation accrue des publics les plus fragiles, la suppression de l'APL accession, sur laquelle nous reviendrons, le relèvement du taux de TVA à 10 % pour les opérations de construction de logements sociaux et le désengagement de l'État des aides à la pierre.

Dans nos rencontres, les associations et les acteurs du logement nous ont également fait part de leurs craintes quant à la mise en application de la loi ÉLAN, par exemple, monsieur le ministre, sur l'obligation d'installer un ascenseur au-delà de deux étages. Des dérogations seront-elles possibles ? Nous avons été alertés sur ce point.

S'agissant du logement évolutif – puisque l'objectif de logements accessibles est passé de 100 % à 20 % –, je voudrais insister sur la nécessité de supprimer les ressauts de douche. Pas question de tergiverser entre 2 ou 4 centimètres, monsieur le ministre ; ce sont des douches à l'italienne qu'il faut pour toutes les personnes en situation de handicap ou vieillissantes ! Cette exigence doit être formulée par tous, pas seulement par les associations.

De nos rencontres sur le terrain remonte aussi une information concernant la pression accrue que des propriétaires indélicats exercent contre leurs victimes pour faire respecter

une loi du silence, assortie de menaces et de violences. D'où nos différentes propositions : établir une présomption de bonne foi de l'occupant victime de violences, afin, notamment, de lui permettre de conserver son droit au logement et de limiter le risque de relogement dans un autre logement insalubre ; prévoir que le propriétaire fera deux offres de relogement, au lieu d'une ; passer l'indemnité représentative des frais de relogement d'un an à dix-huit mois de loyer.

La prévention de l'habitat dégradé est indispensable. Elle implique des outils de veille pour éviter d'en arriver à des situations irréversibles. Nous persistons à penser qu'il doit y avoir un comité de suivi et de veille des ventes de logements sociaux associant les parlementaires. C'est une mesure essentielle en termes de prévention, de même que le rétablissement de l'APL accession.

Clarification et simplification, notamment des polices, participent aussi de cette efficacité. Mais, alors que l'on attendait plutôt le Gouvernement sur le sujet, c'est Mme le rapporteur Dominique Estrosi Sassone qui a réalisé cet énorme travail ! La création d'une police spéciale consacrée au logement insalubre avec une autorité unique qui respecte la responsabilité des maires, comme la reprise par Mme le rapporteur de notre amendement tendant à rectifier la situation de l'occupant d'un bien présentant un danger grave et immédiat, ainsi que l'obligation faite au maire de saisir le tribunal d'instance pour qu'un syndic professionnel soit désigné sous un mois vont dans le bon sens.

Comme le soulignait la présidente Sophie Primas, cette lutte nécessite une coordination entre pouvoirs publics sur le terrain et des moyens financiers suffisants ; à défaut, c'est leur crédibilité qui est en jeu, comme en témoignent les conséquences de la suppression de l'APL accession, notamment en outre-mer.

Ma collègue Catherine Conconne y reviendra, car l'habitat indigne est une problématique touchant durement les outre-mer. Dans les départements d'outre-mer, 13 % des logements sont jugés insalubres, soit dix fois plus qu'au niveau national ! L'habitat informel y est très développé, avec des taux de pauvreté oscillant entre 19 % en Guadeloupe et 44 % en Guyane !

Cette lutte passe, enfin, par le renforcement de la lutte contre les marchands de sommeil. Les collectivités territoriales doivent effectivement bénéficier des produits des amendes et les associations de lutte contre l'habitat indigne pouvoir agir en justice. Il est anormal que les maires se substituent en proposant trois offres, alors que les marchands de sommeil ne doivent en faire qu'une, fréquemment dans un lieu où personne ne veut aller ! J'ajoute, comme le rappelait Marc Daunis, qu'il est souhaitable que nous trouvions un point d'équilibre pour l'affectation des biens confisqués aux marchands de sommeil, regrettant que notre amendement visant à réaffecter ces biens au logement social ait été frappé d'irrecevabilité au titre de l'article 40 de la Constitution.

Nous souhaitons vraiment que toutes les mesures que nous allons voter ce soir soient mises en application rapidement. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Éric Gold.

M. Éric Gold. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, le drame de Marseille n'est que la partie visible d'un mal que nous ne parvenons pas à éradiquer, malgré la volonté des législateurs, des collectivités locales,

des associations et de tous les acteurs participant à la lutte contre l'habitat insalubre et en péril. Il doit marquer un tournant dans notre façon de traiter le logement indigne.

Cela semble être le cas, puisque le nombre d'arrêtés de péril a récemment connu une accélération et que certaines collectivités territoriales se sont pleinement engagées dans les limites de leurs moyens. L'État se doit de les accompagner.

La situation de nombreux ménages, qu'il est complexe de détecter, emporte des conséquences graves et irréversibles sur l'ensemble de leurs conditions d'existence, notamment sur leur santé et, en particulier, celle des enfants.

L'habitat dégradé recouvre plusieurs réalités : des propriétaires – occupants ou bailleurs – qui ne peuvent pas se permettre de rénover leur bien ou méconnaissent les aides auxquelles ils ont droit jusqu'aux marchands de sommeil qui font fortune en exploitant la vulnérabilité des occupants. La problématique n'est pas simplement urbaine ; elle est présente, tout aussi bien, dans nos territoires ruraux.

Comme pour tout investissement, les propriétaires doivent pleinement assumer les risques attachés aux avantages auxquels ils ont accès.

Ainsi, un propriétaire bailleur ne saurait, à notre sens, invoquer des circonstances atténuantes lorsqu'il met en location un habitat insalubre ou en péril. L'argument relatif au manque de moyens ne peut, dans ce cas, tout justifier. Rappelons-le, les propriétaires peuvent bénéficier des aides de l'ANAH ; en dernier recours, ils peuvent vendre le bien.

Pourtant, l'arsenal répressif n'a cessé de s'étoffer.

La loi ÉLAN du 23 novembre 2018 reflète la volonté du Gouvernement d'aller plus loin, en complétant les peines complémentaires obligatoires, avec la confiscation des biens ayant servi à commettre l'infraction et l'interdiction d'acheter un bien immobilier à d'autres fins que l'occupation personnelle pour une durée maximale de dix ans. Elle atteint ainsi le patrimoine du marchand de sommeil, afin qu'il n'en use plus aux mêmes fins.

Le nouveau cas d'expropriation selon la procédure simplifiée pour les logements faisant l'objet d'une interdiction temporaire d'habiter, proposé par l'auteur de la proposition de loi, va également dans ce sens.

Plus d'une vingtaine de comportements sont réprimés en matière d'habitat indigne au titre du code pénal, du code de la santé publique et du code de la construction et de l'habitation.

Faut-il encore renforcer la palette d'outils pour lutter contre les marchands de sommeil ? Pour la dissuasion, certainement. Mais un arsenal répressif non appliqué ne peut aucunement être dissuasif ! La faiblesse du nombre de condamnations est ainsi affligeante. Les peines d'emprisonnement restent très rares, et l'on peut presque parler d'une totale impunité.

Le législateur en est contraint à empiler les mesures, à faire évoluer le droit pour tenter de remédier à la situation, au détriment de son intelligibilité, donc de son efficacité. J'espère que la circulaire du 8 février 2019 relative au renforcement et à la coordination de la lutte contre l'habitat indigne, circulaire à destination des magistrats, marquera une évolution dans les condamnations.

Ainsi, cette politique, comme bien d'autres, est victime de sa complexité. Le travail de notre rapporteur, que je tiens à féliciter, apporte une harmonisation bienvenue des procédures relatives à l'habitat insalubre et en péril, quelle que soit l'autorité compétente. Dominique Estrosi Sassone a, à ce titre, exercé autant qu'elle le pouvait un droit d'amendement de plus en plus limité par les nombreuses irrecevabilités.

Pour leur part, certaines collectivités ont décidé de s'approprier l'ensemble des outils qui sont à leur disposition, notamment le permis de louer et le permis de diviser. Faut-il les généraliser ? Nous le savons, des propriétaires, que je qualifierai, par euphémisme, d'« indéliçats », exercent une activité souvent dissimulée. Le renforcement des sanctions pour non-respect de ces dispositifs, prévu par la proposition de loi, est donc une bonne chose.

Outre le manque de moyens humains et financiers, comment détecter les situations d'habitat indigne ?

Les occupants n'osent pas dénoncer, connaissant les difficultés rencontrées pour se reloger, et les visites à domicile peuvent être vécues comme des atteintes à leur intimité. Ils préfèrent, dès lors, attendre de pouvoir changer de logement plutôt que de réclamer des travaux.

Nous devons donc réfléchir à l'amélioration des signalements. C'est ce que nous avons tenté de faire, au travers de nos amendements.

Les biens dégradés doivent faire l'objet d'un suivi constant, avec données enregistrées. L'immeuble du 65 de la rue d'Aubagne à Marseille avait été signalé, semble-t-il, depuis 1953...

Bien que sa finalité soit tout autre, la mise en place du carnet numérique du logement dans l'ancien en 2025 participera à cette meilleure connaissance de l'habitat indigne.

Le décret du 22 mai 2019 exigeant la vérification d'une éventuelle condamnation des acquéreurs sur les ventes aux enchères n'est pas suffisant. En effet, au regard du faible nombre de condamnations, la portée de cette mesure sera de fait assez réduite.

Monsieur le ministre, la crise du logement alimente directement l'habitat dégradé. Certains propriétaires occupants, une fois le bien immobilier acheté, ne peuvent plus se permettre ni de le rénover ni d'en améliorer la performance énergétique. Le reste à charge est encore élevé.

La hausse des loyers et les délais d'attente pour obtenir un logement social dans les zones tendues offrent des conditions idéales aux marchands de sommeil, dont certains ont l'impression de rendre service à leurs locataires !

La concentration des activités dans les métropoles avec des zones où il est impossible de se loger, d'un côté, le déclin des centres-villes et des villages ruraux dévitalisés avec des logements vacants, de l'autre, traduisent l'abandon de la politique d'aménagement du territoire de ces trente dernières années.

Si la présente proposition de loi ne peut prétendre apporter une solution pérenne, elle permettra, à tout le moins, d'offrir une réponse aux collectivités volontaristes. Le groupe du RDSE, par conséquent, la soutiendra. *(Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen et du groupe Les Indépendants – République et Territoires.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Sylvie Vermeillet. (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste.*)

Mme Sylvie Vermeillet. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, le nouvel examen de la proposition de loi de notre collègue Bruno Gilles, après le drame de Marseille et plusieurs mois de travaux importants de la commission des affaires économiques, constitue un signal positif dans le traitement de l'habitat insalubre et dangereux.

Les plaies immobilières sont malheureusement de plus en plus nombreuses, et les logements de ce type sont avant tout des pièges pour la santé, voire la vie des habitants contraints d'y rester.

Le traitement de ces plaies prend trop de temps, car notre loi est trop faible. Les causes de ces délais sont l'impécuniosité des propriétaires, les biens en déshérence, les syndic défaillants, les procédures trop longues et trop complexes, les difficultés à se substituer aux propriétaires...

La présente proposition de loi, dont l'ambition a été relevée par Mme le rapporteur, répond à toutes ces attentes.

Si l'on demande aux collectivités locales d'en faire toujours plus dans ce domaine – permis de louer, permis de diviser, recrutement d'agents pour aller vérifier la salubrité des appartements, etc. –, tout cela suppose des moyens ! C'est pourquoi je me réjouis que la commission des affaires économiques ait accepté d'intégrer à son texte l'amendement que j'avais déjà déposé lors de la première lecture de la proposition de loi : il s'agit de rendre les travaux relatifs à l'habitat en péril éligibles à la dotation d'équipement des territoires ruraux, la DETR.

Dans les plus petites communes, il arrive que des propriétaires laissent leur maison à l'abandon pour des raisons diverses – indivisions, éloignement, manque de moyens.

Lorsque le maire a connaissance de désordres affectant un logement susceptible de provoquer un danger pour la sécurité des occupants ou des riverains, il notifie au propriétaire la procédure de péril. Cependant, lorsque le propriétaire est défaillant, la commune n'a que très rarement les moyens de s'y substituer ; dans certains cas, elle peut compter sur l'accompagnement de l'ANAH, mais celui-ci se limite aux immeubles à usage de logement.

Faute de certitude en matière de recouvrement des dépenses, les maires hésitent donc parfois à engager les procédures nécessaires pour mettre fin aux situations de péril.

Le recours à la DETR serait un outil supplémentaire, particulièrement utile en milieu rural. L'État ne doit pas fermer les yeux sur la détérioration de ces logements. Il doit être cohérent et allouer les moyens nécessaires.

En conclusion, le groupe Union centriste votera en faveur de cette proposition de loi, telle que remaniée. Il serait bon néanmoins, monsieur le ministre, que des mesures d'ordre budgétaire puissent accompagner la prévention de l'habitat insalubre et, donc, la rénovation des logements. Sans moyens et sans prévention, nous ne ferons que « courir » après l'insalubrité, sans la combattre.

Je laisse ma collègue Nadia Sollogoub compléter utilement mes propos dans quelques minutes. (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste. – Mme Anne Chain-Larché et M. Marc Laménie se joignent à ces applaudissements.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Decool. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires.*)

M. Jean-Pierre Decool. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, je souhaite en préambule saluer le travail de fond considérable que notre collègue rapporteur Dominique Estrosi Sassone et l'ensemble de la commission des affaires économiques, présidée par Sophie Primas, ont réalisé sur ce texte. Ce travail a permis d'étoffer et de compléter de façon pertinente la proposition de loi initiale de notre collègue Bruno Gilles.

Certes, cela ne résout pas tout, mais, au moins, cela a le mérite de mettre sur la table des questions depuis trop longtemps restées sans réponse concrète.

La lutte contre le logement insalubre est un sujet complexe aux facteurs multiples, un sujet nécessitant une analyse en profondeur pour trouver des solutions adaptées aux spécificités de chaque situation et de chaque territoire.

Bien sûr, les enjeux du logement insalubre en zone urbaine ne sont pas les mêmes que dans les zones rurales.

Dans ma région, les Hauts-de-France, pour des raisons historiques et économiques, on compte un nombre élevé de logements indignes, occupés par une population en grande précarité.

Selon un récent rapport de la Fondation Abbé Pierre, 200 000 logements du parc privé y sont considérés comme potentiellement indignes. C'est beaucoup trop !

Je voudrais d'ailleurs saluer l'action de toutes les associations s'engageant au quotidien pour accompagner et aider ces foyers modestes. Ces associations réalisent un travail formidable, qu'il convient de reconnaître, accompagnant bien souvent les collectivités engagées sur le sujet.

Je l'avais déjà évoqué lors de nos discussions en février dernier, le volet préventif doit être traité avec la même importance que le volet répressif.

En ce sens, je me félicite du rapport qui complète utilement la proposition de loi, avec plusieurs mesures permettant de mieux anticiper les situations de logement insalubre.

Concernant le diagnostic technique global, je considère toutefois que le délai proposé est trop court. C'est pourquoi, mes chers collègues, je proposerai un amendement tendant à le rendre obligatoire pour les copropriétés de plus de vingt ans.

Les dispositions visant à clarifier, simplifier et accélérer les procédures en matière de traitement de l'habitat insalubre ou dangereux vont également dans le bon sens.

Il faut que cela soit complété et cohérent avec les mesures à venir du Gouvernement. Il faut aussi bien s'interroger sur l'autorité la plus compétente pour exercer le pouvoir de police du logement : la réponse pourra être différente selon les territoires.

Le renforcement des sanctions proposé est une bonne chose. Il est pertinent qu'il soit accompagné de contrôles plus fréquents, de délais de procédure plus courts et de moyens humains et financiers appropriés.

La prévention et la sanction sont deux éléments clés pour lutter contre le logement insalubre.

Il faut aussi comprendre pourquoi les travaux de rénovation n'ont pas été réalisés. Les sanctions s'imposent si l'on fait face à des marchands de sommeil mal intentionnés, profitant de situations fragiles, ce que la loi ÉLAN envisageait de faire. Dans le cas de propriétaires occupants, il faut veiller à les

accompagner au mieux, financièrement et administrativement, dans les travaux à réaliser. De nombreux dispositifs existent, encore faut-il qu'ils soient efficaces et connus !

L'Agence nationale de l'habitat joue un rôle essentiel en la matière. Dans le cadre de son programme « Habiter mieux », auquel plus de 530 000 propriétaires occupants sont éligibles, plus de 6 800 logements ont été rénovés en 2018, avec 62 millions d'euros d'aides distribuées. Le Gouvernement doit lui affecter des moyens à la hauteur des enjeux et mieux communiquer sur ces soutiens financiers.

Le rôle des collectivités territoriales est primordial dans la lutte contre l'habitat indigne. Sous l'égide de grands principes ou de politiques nationales et avec l'appui d'administrations et d'agences, les agglomérations et les communes mettent en place les actions concrètes sur le terrain. C'est une prise de conscience générale que nous devons saluer en matière de lutte contre l'habitat indigne.

Que ce soit à Roubaix, Saint-Omer, Amiens, Dunkerque ou Lille, je sais que les collectivités des Hauts-de-France innovent et expérimentent sur ce sujet, avec la mise en place de permis de louer, de permis de diviser ou l'intervention d'inspecteurs de salubrité, par exemple. Toutes ces initiatives doivent être soutenues et étendues dans tous nos territoires urbains et ruraux. Le renforcement du rôle des collectivités exige de leur donner les moyens nécessaires et un cadre légal leur offrant des outils pertinents pour agir.

Le groupe Les Indépendants votera en faveur de cette proposition de loi, qui apporte une contribution certaine aux travaux menés pour trouver, avec l'ensemble des acteurs concernés, les meilleurs moyens de lutter contre le logement insalubre.

Le droit à un logement décent doit être une priorité de tous les pouvoirs publics tant il touche à la façon dont on considère notre société, ses valeurs et ses fondements. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires et du groupe Les Républicains.)*

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

M. Didier Rambaud. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, le mal-logement est un archipel invisible de caves, de combles, de logements mal entretenus et d'habitations surpeuplées.

Bien souvent, les personnes qui y vivent ont pour environnement l'humidité, l'amiante, le plomb et la promiscuité de leurs proches. La plupart d'entre eux sont victimes de marchands de sommeil.

Les situations de détresse face au mal-logement sont multiples. Certains de nos enfants grandissent dans des logements si exigus qu'ils finissent par accuser un retard de développement à long terme.

Face à cette rupture d'égalité, notre devoir de parlementaires est de garantir à chacun un droit à la dignité dans son logement.

Le Gouvernement, grâce à votre action, monsieur le ministre, travaille ardemment à la résolution de cette question, notamment par la stratégie de lutte contre le mal-logement qu'il a engagée dès le début du quinquennat.

À cet égard, je tiens à saluer trois mesures qui ont été prises et permettront d'accélérer la construction de logements là où nous en avons le plus besoin : le doublement du budget de

renouvellement urbain, l'abattement fiscal pour la vente de terrains en zone tendue et, enfin, l'encadrement des recours contre les permis de construire.

Cette proposition de loi, dont notre collègue Bruno Gilles est à l'origine, s'inscrit dans le même objectif global, en s'attaquant à la problématique du mal-logement : elle vise ainsi à lutter contre l'activité des marchands de sommeil. À ce stade, notre groupe soutient l'ensemble des mesures proposées.

Ce texte a été patiemment amélioré après son renvoi à la commission. Nous tenons, à ce titre, à remercier le rapporteur Dominique Estrosi Sassone pour son travail d'approfondissement.

Je souhaite également saluer le travail de notre collègue député Guillaume Vuilletet, qui mène une mission en ce moment sur le mal-logement.

Pour lutter contre les marchands de sommeil, nous nous accordons à dire que les collectivités sont les mieux placées.

Placer l'autorité de contrôle et de sanction au plus près des marchands de sommeil est la bonne stratégie. Le maire et le président d'EPCI sont ceux qui connaissent le mieux les problématiques de leurs territoires en matière de mal-logement.

On ne pourra plus laisser perdurer une situation de mal-logement un an après que le bien aura été déclaré insalubre : il faudra trouver une solution dans les trois mois.

Enfin, s'il faut contrôler les locations en amont, il faut aussi pouvoir sanctionner plus efficacement en aval et punir ceux qui s'enrichissent en louant un logement indigne. En aggravant les sanctions administratives encourues en cas de non-respect du permis de louer, nous sanctionnerons plus rapidement et plus efficacement. En permettant aux associations de se constituer partie civile pour poursuivre les marchands de sommeil, nous permettrons qu'ils soient plus facilement condamnés.

Enfin, dans l'espoir de nourrir nos débats futurs, permettez-moi de formuler ces quelques remarques.

Nous devons veiller à ne pas oublier les propriétaires mal-logés, car c'est aussi un aspect du mal-logement. C'est par exemple le cas des logements peu onéreux, qu'il faut rénover pour les rendre habitables. Certains n'ont jamais les moyens d'assumer la totalité des rénovations nécessaires et se trouvent endettés et coincés dans ces logements insalubres.

Par ailleurs, il existe des logements qui ne sont pas directement insalubres, mais qui le deviennent dès lors qu'ils sont occupés par un trop grand nombre de personnes. Ce n'est pas un phénomène mineur puisque la Fondation Abbé Pierre estime à 2,8 millions le nombre de personnes concernées.

Pour conclure, je veux rappeler que la part de la dépense que les ménages consacrent au logement n'a pas cessé d'augmenter ces dernières années : il est impératif de rendre les ménages capables de financer des logements à proximité des bassins d'emploi.

Il faut pour cela contenir le prix de l'immobilier ; il faut construire plus et plus vite. Sans cela, les ménages continueront d'être pris en tenaille entre la concentration de l'emploi dans les métropoles et la hausse des prix de l'immobilier dans ces bassins d'emploi.

La loi ÉLAN est une des réponses à cette situation du mal-logement. Cette proposition de loi en est une autre. C'est pour cela que nous la soutiendrons. *(Mme Michèle Vullien applaudit.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Cécile Cukierman.

Mme Cécile Cukierman. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous revoici quatre mois plus tard afin de débattre de cette proposition de loi visant à améliorer la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux.

Nous étions plusieurs à le souligner à l'époque, l'émotion suscitée par l'effondrement des immeubles de la rue d'Aubagne avait conduit très justement notre collègue Bruno Gilles à déposer cette proposition de loi.

Même si nous partageons alors – et nous la partageons toujours – son émotion, le contenu de ce texte, et nous l'avions tous souligné, était imparfait compte tenu des enjeux. C'est pourquoi le choix avait été fait collectivement, madame la rapporteur, madame la présidente de la commission, de voter une motion tendant à la renvoyer en commission afin qu'elle soit retravaillée.

À ce propos, et sans vouloir verser de l'huile sur le feu avant nos débats prochains, je voudrais dénoncer le rythme imposé aux parlementaires pour faire la loi. En effet, si nous voulons faire de bonnes lois, il faut prendre le temps de les travailler soigneusement. Avec la baisse du nombre de parlementaires annoncée, je crains que la situation n'aille en s'aggravant dans les années à venir.

Pour en revenir au débat qui nous occupe aujourd'hui, je voudrais rappeler qu'à cette heure-ci, à la suite de l'évacuation des 311 immeubles après ces tragiques événements, 223 ménages sont encore à reloger, soit un peu moins de 500 personnes, la preuve s'il en fallait que du chemin reste à faire.

Du chemin que nous devons combler grâce à cette proposition de loi, car, à l'échelle nationale, plus de 400 000 logements seraient insalubres. Et je veux rappeler ici que l'insalubrité des logements n'est pas seulement l'apanage des villes : elle est aussi très présente dans nos communes rurales, déjà touchées par le fléau des « volets fermés ».

Pour lutter, les collectivités doivent être accompagnées et nous devons leur donner les leviers afin de répondre à cet enjeu qui recoupe des enjeux nationaux de politique pénale liés à la difficulté de poursuivre les marchands de sommeil et de protéger les victimes, mais également pour faire jouer la garantie du droit au logement, qui, je vous le rappelle une nouvelle fois, est une compétence de l'État, notamment au travers du dispositif du droit au logement opposable.

Nous devons faire preuve d'ambition pour ce texte en favorisant les capacités de contrôle et d'intervention des collectivités territoriales. Nous devons aussi accélérer les réponses aux situations d'insalubrité et de dangerosité des immeubles en abaissant les délais de visite des agents attestant de l'insalubrité.

Enfin, nous devons être intransigeants avec les marchands de sommeil en aggravant les sanctions administratives encourues en cas de manquement à l'obligation de déclaration de mise en location ou à celle de disposer d'un « permis de

louer » – un dispositif qui n'a d'ailleurs pas tenu ses promesses et qu'il conviendrait de retravailler pour le rendre réellement et pleinement efficace.

Mais une vraie politique sans vrais moyens demeurera impuissante. Je souhaite rappeler que l'ANAH, qui joue un rôle prépondérant pour la réhabilitation des logements, a longtemps vu ses financements diminuer, faisant craindre même une cessation de paiement. Son financement par le « 1 % logement » a traduit un désengagement de l'État de ses missions.

Les politiques publiques des dernières années ne font qu'alimenter ces phénomènes de dégradation de l'habitat à grands coups de coupes budgétaires et de libéralisation.

L'attaque frontale contre le logement social et l'assèchement de son financement, conjuguée à l'absence de régulation du parc privé, a conduit à ces dérives. Monsieur le ministre, nous n'allons pas reprendre ici les débats de la loi ÉLAN.

Comme je l'avais dit il y a quelques mois, le décalage entre l'offre et la demande est tel qu'aujourd'hui les aspirants locataires se voient obligés d'accepter des logements à n'importe quel prix et dans n'importe quelle condition pour ne pas se retrouver à la rue.

Parallèlement, les petits propriétaires n'ont le plus souvent pas les moyens de réhabiliter leur logement, ce qui constitue dans beaucoup d'endroits en région un potentiel de développement de l'habitat insalubre important, notamment dans les centres-bourgs. Dans ce contexte, le dispositif de revitalisation des centres-bourgs doit jouer son rôle sur cette question.

Enfin, je souhaitais rappeler que trop de personnes ne sont pas au courant non plus des aides auxquelles elles peuvent avoir accès. À ce propos, comment se fait-il que les aides existantes soient aujourd'hui majoritairement destinées aux propriétaires, alors que l'on sait que la grande majorité des ménages précaires demeurent des locataires ?

Comme je l'ai déjà dit, de nombreuses associations demandent aujourd'hui un véritable plan Marshall de la rénovation. Nous considérons que, pour répondre à cet enjeu, il convient, certes, de donner de nouveaux outils aux collectivités, mais qu'il faut également renforcer les moyens des acteurs tels que l'ANAH, tout autant que ceux de la justice pour que la loi puisse être appliquée.

Il convient, surtout, de réorienter la politique publique du logement pour non seulement produire l'offre nécessaire de logements accessibles, mais également engager une politique de réhabilitation de grande envergure.

Dans ce cadre-là, l'État doit jouer son rôle afin de permettre de trouver de nouvelles sources de financement pour répondre à cet enjeu et éviter de nouveaux drames.

En l'état, nous voterons cette proposition de loi de notre collègue Bruno Gilles dans sa rédaction issue des travaux de la commission. *(Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, ainsi que sur des travées du groupe Union Centriste.)*

M. Bruno Gilles. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne-Marie Bertrand. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et du groupe Union Centriste.)*

Mme Anne-Marie Bertrand. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, permettez-moi, en premier lieu, d'avoir une pensée pour les victimes des effondrements des immeubles de la rue d'Aubagne, et bien sûr pour leurs familles.

Chaque maire, d'une ville comme d'un village, redoute un drame comme celui-ci. Nombreux sont ceux qui, en apprenant la nouvelle dans leur journal, ont eu une pensée pour un bâtiment qui, ils le savent, montre des signes de fragilité.

Nous pouvons être satisfaits de cette proposition de loi de mon collègue Bruno Gilles, car, si je redoute la qualité des textes votés sous le coup de l'émotion, le temps de la réflexion nous a été donné et je salue ici la décision de renvoi en commission qui avait été prise. Je remercie Mme la présidente de la commission et Mme la rapporteur.

Ces événements doivent nous ramener à nos responsabilités, celles de législateurs. En effet, partout en France, 450 000 logements pourraient être concernés par ce texte.

À Marseille – et vous l'entendez, c'est une ville que je connais bien –, la ville, sur l'initiative de son maire, avait engagé, en 2005 déjà, plus de 200 millions d'euros, dont 110 millions d'euros au seul titre de l'Agence nationale pour la rénovation urbaine, l'ANRU, 35 millions au titre de l'éradication de l'habitat indigne et 28 millions d'euros au titre du logement locatif social. (*Mme Samia Ghali s'exclame vivement.*)

Avec l'État, cette même ville avait mis en œuvre plusieurs plans de sauvegarde dans les copropriétés dégradées. Dans le cadre de la lutte contre l'habitat insalubre aussi, ce sont plusieurs quartiers qui avaient fait l'objet d'opérations de résorption. Et bien sûr, il y a eu les projets de rénovation urbaine et les plans successifs depuis plus de quinze ans, mais cela n'a pas suffi.

Mme Samia Ghali. C'est hors sujet!

Mme Anne-Marie Bertrand. Dans de nombreuses villes, l'habitat est ancien et majoritairement privé. L'intervention publique doit alors se confronter à des réglementations protectrices de la propriété privée et, au-delà des moyens financiers alloués, les procédures sont longues, trop longues, tant interviennent de nombreux acteurs.

Dans le drame qui est arrivé, il y avait une procédure en cours depuis quatre ans. Aujourd'hui, nous devons adapter notre réglementation. Oui, nous devons renforcer les capacités de contrôle et d'intervention des maires, élus de terrain s'il en est! Oui, nous devons accélérer les réponses aux situations d'insalubrité et de dangerosité! Oui, nous devons renforcer les sanctions contre les marchands de sommeil!

Notre État croule sous cette administration toujours plus centralisée et on lui reproche légitimement cette lenteur, voire cette déconnexion, mais nous pouvons également – et heureusement – compter sur les maires qui, finalement, ne souhaitent qu'une chose : pouvoir agir.

Aujourd'hui, nous avons l'occasion de leur témoigner, une fois encore, notre confiance. Un maire n'est ni un agent administratif ni un bouc émissaire : il est un décideur politique légitime et pleinement compétent sur son territoire.

Mes chers collègues, dans ce domaine comme dans tant d'autres, donnons aux maires de France les moyens de porter les responsabilités que l'on fait peser sur eux. Nous comptons

sur vous, monsieur le ministre. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et du groupe Union Centriste.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Samia Ghali.

Mme Samia Ghali. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, ce soir, cette proposition de loi est surtout là pour nous rappeler qu'un drame comme celui de la rue d'Aubagne ne doit plus se reproduire, que les morts de la rue d'Aubagne ne sont pas morts pour rien et que chacun prendra sa part de responsabilité.

Pendant sept mois – et encore samedi matin, en assemblée générale –, les membres du collectif de la rue d'Aubagne ont essayé de faire entendre à la ville de Marseille tout simplement la nécessité d'une charte de relogement.

M. Bruno Gilles. Ils l'ont signée!

Mme Samia Ghali. Ils l'ont signée, mais il aura fallu sept mois, depuis les huit morts de la rue d'Aubagne, pour qu'elle voie le jour! Sans compter les deux mille personnes sans logement, qui vivent éparpillés dans des hôtels, dont la vie familiale est disloquée. Il faut aussi penser à ces gens-là!

Il ne faudrait pas faire croire aux Français, en particulier aux Marseillais, que cette proposition de loi – que je voterai et que je remercie mon collègue Bruno Gilles d'avoir déposée – répondra à toutes les attentes et, surtout, qu'avec elle, le drame de la rue d'Aubagne ne se serait pas produit.

Il aura malheureusement fallu vingt-cinq ans pour prendre conscience de l'état insalubre de ces logements, sans que personne réagisse, encore moins la collectivité qui était chargée de la sécurité de ses concitoyens.

Monsieur le ministre, cette question du logement est tellement importante : c'est la vie des gens, c'est la vie au quotidien. Chaque Marseillais, chaque Français doit se sentir en sécurité. Et celui qui doit les mettre en sécurité, c'est tout simplement le premier magistrat, à savoir le maire.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nadia Sollogoub. (*Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste.*)

Mme Nadia Sollogoub. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, il existe des habitats dangereux, l'actualité de cet automne nous l'a tragiquement rappelé.

Ainsi, quelques mois après la loi ÉLAN, il nous faut déjà aller encore plus loin dans la réflexion sur la qualité de notre parc immobilier national et la prévention de sa dégradation.

L'objet de ce texte est d'élargir l'éventail des dispositifs en matière de prévention. Je remercie son auteur de cette initiative, ainsi que Mme la rapporteur et la commission pour avoir renforcé le texte.

Lors de son premier examen, j'avais, avec mon expérience de maire d'un village de 1 500 habitants, proposé des amendements destinés à traiter de l'habitat individuel, abandonné et dangereux, que les communes de petite taille ne peuvent assumer, faute d'expertise et de budget spécifique.

Il existe en effet dans nos territoires des « verrues », dégradées, abandonnées, dangereuses, qui sont pour les élus des casse-têtes insolubles.

Le maire doit écrire et formaliser des mises en demeure à destination des propriétaires. Mais que faire dans le cas des successions avec plusieurs héritiers qui ne s'accordent pas, des propriétaires qui se séparent en abandonnant les lieux,

chacun des protagonistes renvoyant ensuite vers l'autre ? Que faire dans le cas de propriétaires partis pour l'étranger, introuvables, insolvables ou simplement indéliçats ?

Les démarches et injonctions restent lettre morte. On ne sait parfois même plus à qui s'adresser. Les mois, les années passent, et le risque existe, car, même si le bien n'est pas habité – et il peut arriver qu'il le soit, les squats n'existant pas qu'en ville –, qui peut empêcher les enfants ou les rôdeurs d'accéder à des bâtisses abandonnées ? Et je ne parle pas du cas où le bâtiment menace la voie publique ou la propriété voisine.

Alors arrive le jour où, la solution étant définitivement enlisée et le risque aggravé, il faut engager une procédure de péril imminent. Voici ce que dit la loi : le maire qui a connaissance de tels faits peut, de sa propre initiative, engager une procédure de péril. Il doit saisir le tribunal administratif afin qu'il désigne un expert chargé, dans les vingt-quatre heures, de constater ou non le péril imminent.

Mais qui paie l'expert ? Ces dépenses, par définition non prévues, sont réhibitaires pour beaucoup de petites collectivités au budget très contraint.

Si, grâce à l'adoption de l'amendement de ma collègue Sylvie Vermeillet, la DETR doit pouvoir venir en aide aux collectivités pour les travaux, rien n'est prévu pour les frais d'expertise.

J'avais donc proposé, voilà quelques mois, des amendements pour que le conseil d'architecture, d'urbanisme et d'environnement, le CAUE, puisse être l'expert constatant le péril, ou bien que l'ANAH puisse aider financièrement les communes dans la réalisation de ces expertises.

L'article 40 de la Constitution m'a été opposé, bien que, à mon sens, une mission entrant dans le champ de compétences du CAUE ne soit pas une dépense supplémentaire.

Je vous alerte donc, monsieur le ministre, sur le frein technique et financier que constituent les indispensables expertises.

Si mes propositions ne sont pas les bonnes, alors il faut en trouver d'autres. Il serait inadmissible que la lutte contre l'habitat dangereux et la prévention du risque se fasse à deux vitesses : d'une part, dans les zones d'habitat urbain tendu, où les procédures de prévention seront heureusement renforcées, et, d'autre part, en zone rurale, où les procédures de mise en sécurité resteraient définitivement inaccessibles. *(Applaudissements sur les travées du groupe Union Centriste.)*

Mme la présidente. La parole est à M. François Grosdidier. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)*

M. François Grosdidier. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, le drame de Marseille a été un choc pour tout le monde dans le pays.

Un tel drame paraissait inimaginable dans la France du XXI^e siècle. Cet effondrement de plusieurs immeubles, causant la mort de huit personnes et le déplacement de mille habitants, a mis en lumière, au plan national, l'existence de 450 000 logements indignes ou insalubres.

Dans une France qui est la cinquième puissance économique mondiale, cet état de fait nous interpelle et nous oblige à agir. Alors oui, il faut renforcer les capacités de contrôle et d'intervention des communes et des EPCI en matière de logements insalubres ou dangereux !

L'auteur de ce texte, Bruno Gilles, nous invite à prendre le taureau par les cornes. Mme la rapporteur, Dominique Estrosi Sassone, avec la commission des affaires économiques, a complété ce texte pour s'assurer que les réponses soient juridiquement et techniquement les plus pertinentes.

Bruno Gilles nous propose, dans les zones d'habitat dégradé, de soumettre à autorisation préalable toutes les opérations tendant à diviser un logement en plusieurs, car le droit actuel ne prévoit cette possibilité qu'en cas de travaux. Or le propre des marchands de sommeil, c'est précisément de ne pas réaliser de travaux !

Aussi, il faut détacher l'autorisation préalable de la réalisation de travaux et l'exiger en toutes circonstances.

Ce texte modifie également les conditions de délivrance par le maire ou le président d'EPCI du « permis de louer » un logement lorsque la commune l'a instauré. Actuellement, le silence gardé pendant un mois par le maire sur une demande de « permis de louer » vaut délivrance de cette autorisation. Il n'y a donc pas d'obligation formelle pour l'autorité saisie de s'assurer que le logement appelé à être loué ne présente pas de danger. Il faut inverser le dispositif en remplaçant la décision implicite d'acceptation par une décision implicite de refus.

Le texte vise aussi à permettre au maire ou au président d'EPCI de consulter le casier judiciaire d'une personne qui sollicite un « permis de louer » ou un permis de diviser un logement dans les zones à risques au regard de l'insalubrité.

Il propose encore de simplifier, dans le respect du droit de propriété, l'expropriation en raison de l'insalubrité ou de la dangerosité des immeubles. Actuellement, la loi n'envisage l'insalubrité ou la dangerosité comme une cause d'expropriation que dans des cas très limités. Il faut ajouter à ces cas l'hypothèse des immeubles dans lesquels on peut remédier à l'insalubrité, mais dont le propriétaire ne fait rien.

Il s'agit également d'accélérer les réponses aux situations d'insalubrité et de dangerosité des immeubles.

Ainsi, le texte réduit la durée maximale d'habitation, abaisse de trois mois à un mois le délai imparti pour qu'un agent se rende sur place lorsqu'un citoyen saisit l'administration. Il renforce l'efficacité des sanctions contre les marchands de sommeil et aggrave les sanctions administratives. Bruno Gilles a tiré les conséquences de la forte réticence des occupants des logements loués par des marchands de sommeil. Il complète ainsi la faculté ouverte aux associations de se constituer parties civiles.

Mme la rapporteur, Dominique Estrosi Sassone, dont on connaît l'expertise en matière de logement et le souci d'efficacité et d'efficience, a apporté beaucoup d'améliorations au texte : un diagnostic technique obligatoire pour les copropriétés de plus de quinze ans ; la possibilité pour les syndicats de faire des signalements ; la création d'une police spéciale du logement en cas d'insalubrité sur le modèle de celle existant en cas de péril, même si, selon les cas, cette police ne relève pas de la même autorité – maire pour le péril, préfet pour l'insalubrité, mais même procédure –, la présence obligatoire d'un syndic professionnel pour la durée de l'arrêté de péril ou d'insalubrité.

Elle s'est efforcée de renforcer le rôle des collectivités dans cette lutte grâce à plusieurs dispositions : la mise en place d'un droit de priorité au profit des collectivités territoriales pour bénéficier du bien exproprié ; la création d'un nouveau cas d'expropriation ; le versement du produit des amendes prononcées aux collectivités qui assumeront le traitement des

demandes du « permis de louer » ; la dispense pour le bailleur de demander un « permis de louer » lorsqu'il aura déjà obtenu une autorisation expresse depuis moins d'un an. Enfin, et surtout, elle a prévu des sanctions plus lourdes contre les marchands de sommeil.

Il ne s'agit pas d'un texte pour se donner bonne conscience après le drame de Marseille. Il s'agit bien d'améliorer la loi pour qu'un tel drame ne se reproduise plus.

Mme la présidente. Il faut conclure, mon cher collègue.

M. François Grosdidier. Quand un tel drame survient, la presse, l'opinion, mais aussi, hélas, certains élus désignent un responsable, un fautif, un coupable : le maire ! Bouc émissaire, ce dernier subit souvent la frustration de l'impuissance, puis l'injustice de la mise en cause. Alors, donnons au maire les prérogatives lui permettant d'agir, pour ne plus avoir à subir.

Mme la présidente. La discussion générale est close.

La parole est à Mme la présidente de la commission.

Mme Sophie Primas, présidente de la commission des affaires économiques. Merci, madame la présidente. Je veux juste dire quelques mots avant que nous commençons l'examen de ce texte. Je vous remercie tous, les uns et les autres, du soutien que vous avez exprimé, lors de cette discussion générale, à cette proposition de loi.

Je dois vous dire, monsieur le ministre, que Dominique Estrosi Sassone et moi-même, ainsi que des membres de la commission, avons été reçus, partout sur le territoire, par des élus qui mettent beaucoup de moyens et d'énergie pour lutter contre le logement insalubre, et qui se heurtent parfois à la complexité et la longueur des procédures, les plongeant dans des situations inextricables. Il est temps, aujourd'hui, que nous essayions de détricoter cette complexité.

Je veux également rendre hommage aux services de l'État, qui nous ont reçus partout où nous sommes allés. Eux aussi font véritablement un travail de fourmi. Ils reçoivent parfois 400, 500 signalements, et ne peuvent traiter que 7, 8 ou 9 cas dans l'année, ce qui est déjà une grande victoire. Il faut aussi aider les services de l'État.

Je veux aussi saluer les acteurs du logement social, qui se débattent, même si, nous l'avons constaté, il faudrait les aider à venir en milieu rural, là où il y a seulement 5, 6 ou 7 appartements à rénover, ce que seuls les acteurs du social peuvent financer.

Une de nos obsessions était de voir l'étendue, la diversité des situations. Je me répète, mais je tiens vraiment à remercier tous nos collègues de nous avoir reçus sur leur territoire, à Montfermeil, à Aubervilliers, à Marseille, bien sûr, à Ham, à Sainte-Anne en Guadeloupe, en Martinique. Je remercie tout particulièrement Catherine Conconne de son accueil formidable, chez elle.

Ce soir, monsieur le ministre, sans faire de misérabilisme j'ai une pensée pour Marie-Thérèse, âgée de plus de 90 ans, habitante de Sainte-Anne, en Guadeloupe, qui, depuis 1963, habite un logement insalubre, lequel, pour diverses raisons, est de plus en plus insalubre. On lui a proposé un logement, et elle était enfin d'accord, mais, le problème, c'est qu'il n'y a plus d'APL accession depuis l'année dernière, et cela bloque le système.

Monsieur le ministre, s'il y a une chose que je vous demande ce soir, c'est de vous souvenir de ce cas lors de la préparation du projet de loi de finances, avec toute l'humani-

té que vous avez en vous, comme nous tous, et de retravailler sur cette APL accession. Je vous en remercie par avance. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et du groupe Union Centriste. – Mme Annie Guillemot et Mme Catherine Conconne applaudissent également.*)

Mme la présidente. Nous passons à la discussion du texte de la commission.

PROPOSITION DE LOI VISANT À AMÉLIORER LA LUTTE
CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU DANGEREUX

Chapitre I^{er} A

PRÉVENIR LES SITUATIONS D'INSALUBRITÉ
ET DE DANGÉROSITÉ DES IMMEUBLES

(*Division et intitulé nouveaux*)

Article 1^{er} A (nouveau)

① I. – L'article L. 731-4 du code de la construction et de l'habitation est ainsi rédigé :

② « Le diagnostic technique global prévu à l'article L. 731-1 est obligatoire pour les immeubles construits depuis plus de 15 ans et soumis à la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis. Lorsque l'immeuble mentionné à la première phrase du présent alinéa comporte moins de 50 lots principaux, le diagnostic technique est simplifié et son contenu est défini par décret en Conseil d'État.

③ « Les diagnostics techniques mentionnés au premier alinéa sont actualisés tous les dix ans. »

④ II. – Le I du présent article entre en vigueur dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi.

Mme la présidente. La parole est à M. Roland Courteau, sur l'article.

M. Roland Courteau. Comme l'a dit notre collègue Annie Guillemot, quand il existe entre 450 000 et 600 000 logements insalubres en France, dont 70 000 dans les outre-mer, la lutte contre l'habitat insalubre est un impératif national. C'est pourquoi nous soutenons les mesures de la proposition de loi, telles que l'accélération des procédures et le renforcement du contrôle et des sanctions.

Je reprends volontiers ses propos pour évoquer la situation du département de l'Aude. Voici ce que relève la direction départementale des territoires et de la mer de mon département : « De nouvelles situations apparaissent : copropriétés récentes à la dérive ; copropriétés anciennes désorganisées ou inorganisées en vue de dégradation ; location de tout et n'importe quoi, à n'importe quel prix, en zones de marché tendu, voire division abusive de logements ou de maisons dans un objectif de rentabilisation maximale. » C'est clair, c'est net, c'est précis.

J'ajouterai que près de 20 000 logements sont potentiellement indignes dans l'Aude, plus de 41 000 personnes étant concernées.

Ce parc de logements indignes est en constante augmentation ; deux ménages sur cinq sont des propriétaires occupants et les ménages de plus de 60 ans sont particuliè-

rement concernés, avec 37 % des logements potentiellement indignes ; près de 5 % des résidences principales dans l'Aude sont dans les catégories cadastrales les plus médiocres, contre 3,8 % dans toute l'Occitanie : pas de WC, absence fréquente de locaux d'hygiène, qualité de construction vétuste. Cela représente près de 8 300 logements, qui constituent le noyau dur que doivent cibler les actions de lutte contre l'habitat indigne. Enfin, 40 % de ces logements sont occupés par des ménages précaires, aux revenus inférieurs au seuil de pauvreté. Voilà quelques-unes des raisons, madame la présidente, qui font que je soutiendrai volontiers cette proposition de loi.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann, sur l'article.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Les propositions de notre collègue Bruno Gilles et le travail de grande qualité fait par la commission, tout particulièrement par Mme Estrosi Sassone, méritent d'être soutenus.

Pour autant, je ne voudrais pas que nous nous fassions d'illusions excessives, car, vu l'ampleur des problèmes, je crains qu'il ne suffise pas d'améliorer techniquement les dispositifs législatifs existant.

Nous aurons l'occasion de parler, je l'espère, lors de la discussion du projet de loi de finances, des besoins financiers. Mme Estrosi Sassone a justement mis en exergue un certain nombre de décisions qui auraient pu être prises si les procédures parlementaires ne bridaient pas nos initiatives, comme c'est le cas aujourd'hui.

En tout cas, j'y insiste, rien n'est possible sans la volonté politique des élus et sans la persévérante détermination de l'État.

Il se trouve que, en 2002, j'ai signé, au nom du Gouvernement, un protocole d'éradication de l'habitat insalubre avec la ville de Marseille. Était concerné l'îlot Noailles, où se trouve la rue d'Aubagne. Dès 2002, étaient prévues la démolition et la reconstruction, ou la rénovation, de plusieurs immeubles, dont ceux qui sont tombés, hélas, il y a peu.

Alors, je me suis beaucoup interrogée : pourquoi, alors qu'il y avait en 2002 un double engagement de l'État et de la ville, rien ne s'est passé ? En fait, à peine avions-nous signé la convention, ou peut-être un an et demi ou deux ans après, que toutes les procédures mises en œuvre pour veiller à ce que la politique soit menée dans la durée, en particulier pour les « logements passerelles », ont été abandonnées.

Pourquoi les maires ont-ils du mal à dénoncer l'insalubrité ? C'est qu'il faut reloger les gens ! Or ils ont déjà des tas de demandes de logements auxquels ils ne peuvent pas pourvoir et nombre de dossiers DALO en attente.

Toujours est-il que l'État, puisque c'est de sa compétence, n'a pas eu la persévérance de mettre en œuvre le protocole, et la ville de Marseille a manifestement considéré que le problème n'était pas aussi essentiel que cela pour interpeller l'État.

Nous avons besoin d'une détermination de l'État pour que la responsabilité des uns et des autres soit engagée en cas de défaillance, lorsque des politiques publiques sont mises en œuvre.

J'ai désormais la conviction que, sans vigilance citoyenne – par des comités de suivi, des associations de locataires ou des associations de droit au logement qui doivent être institutionnalisés et pérennes, car eux seuls permettent de passer à l'action –, améliorer la loi sera toujours insuffisant.

Mme la présidente. La parole est à Mme Samia Ghali, sur l'article.

Mme Samia Ghali. Je n'ai pas eu le temps dans la discussion générale de remercier M. le ministre et l'État du travail qui a été mené à Marseille et de l'accompagnement dont ont bénéficié les Marseillais – il faut le souligner.

Marie-Noëlle Lienemann a bien montré que la loi n'aurait pu empêcher ce qui s'est passé rue d'Aubagne, alors même que des outils existent.

Je ne voudrais pas que l'on se cache derrière cette proposition de loi, même si elle est nécessaire et permet d'améliorer les choses. Mme la présidente de la commission et Mme la rapporteur ont accompli un travail exceptionnel. Tant mieux ! En matière de logement, on n'en fera jamais assez.

Aujourd'hui encore, des habitants attendent d'être relogés et se trouvent dans des hôtels, meublés ou non ; des enfants sont séparés de leurs parents. Cela a été chaotique sur le plan scolaire : comment réussir lorsque l'on vit dans une chambre d'hôtel de dix mètres carrés ? Comment retrouver une vie familiale ?

M. Roland Courteau. C'est vrai !

Mme Samia Ghali. Certains se sont retrouvés dans une situation inacceptable et insupportable.

Monsieur le ministre, le travail n'est pas terminé ; il nous faut rester vigilants. Aujourd'hui, à Marseille, 34 000 logements sont vides : ils ne sont pas loués et attendent des locataires. Dans le même temps, des Marseillais attendent un logement décent !

C'est aussi une question de volonté politique. L'État peut mettre en œuvre tous les outils possibles : sans volonté politique de territoire, on n'y arrive pas. On parle beaucoup de sanctionner les propriétaires. Là aussi, tant mieux ! C'est important, mais il faut faire preuve de la même intransigeance envers les maires et les collectivités locales qui ont une autorité en la matière et qui n'agissent pas, en faisant semblant de ne pas voir les problèmes.

Mme la présidente. La parole est à M. Fabien Gay, sur l'article.

M. Fabien Gay. Monsieur le ministre, vous n'êtes pas responsable de cette situation. Le problème du logement insalubre se pose depuis des décennies et, sans vous faire injure, vous ne serez plus ministre que nous y serons malheureusement toujours confrontés.

Comment faire pour le réduire ? Évidemment, nous voterons cette proposition de loi, mais, pour nous, il y a deux trous dans la raquette.

Premier trou dans la raquette : la question du logement insalubre touche à de nombreuses autres questions – familles extrêmement précarisées, santé, accès à l'emploi. Le logement est le symptôme de nombreux autres problèmes : des réponses en matière de logement ne suffiront pas, seule une politique globale y parviendra. De ce point de vue, votre gouvernement est responsable de l'accroissement des inégalités pour beaucoup de familles populaires.

Qui va payer? Les situations sont diverses: logement collectif, copropriétés privées et logement individuel. En réalité, le logement insalubre concerne de plus en plus le logement individuel. Il va falloir un véritable plan Marshall si l'on veut résorber la question du logement insalubre en France.

Second trou dans la raquette: pour mettre fin au logement insalubre, il faut répondre à la question du relogement. Dans cette matière, l'État est le premier responsable! Les collectivités ne peuvent pas agir seules. Aujourd'hui, on manque considérablement de logements d'urgence, mais aussi de mises en construction de logements sociaux. Là, vous avez une grande part de responsabilité.

Cette proposition de loi est la première pierre de l'édifice, mais il faudra encore beaucoup de réflexions et de textes – notamment des projets de loi de finances – pour résorber ce problème.

Mme Cécile Cukierman. Très bien!

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

M. Julien Denormandie, ministre. Monsieur le sénateur Gay, selon vous, je ne suis pas responsable de cette situation. Pourtant, aujourd'hui, j'ai la responsabilité...

M. Fabien Gay. Pour une fois que je vous exonère! (*Sourires.*)

M. Julien Denormandie, ministre. Je revendique ma responsabilité! (*Nouveaux sourires.*)

Nous avons eu l'occasion d'en débattre à de nombreuses reprises, mais on ne peut pas me reprocher de ne pas avoir, dès le début, fléchi ce fléau pour faire en sorte que des solutions nouvelles soient trouvées et que les exemples cités par Marie-Noëlle Lienemann ne se reproduisent pas.

Ironie tragique de l'histoire, j'ai annoncé le grand plan de lutte contre les copropriétés dégradées trois semaines avant le drame de la rue d'Aubagne, à Marseille.

Ce plan a été établi avec les élus locaux. D'un montant de 3 milliards d'euros, il prévoit des instruments totalement innovants pour résoudre le problème des copropriétés dégradées de grande ampleur, qui touchent Marseille, mais aussi d'autres territoires. J'ai eu l'occasion de lancer des comités de pilotage de résorption à de nombreux endroits.

Pour lutter contre les marchands de sommeil, nous avons considérablement renforcé les sanctions. Dans les six départements où elles ont été mises en œuvre de façon accélérée, les dernières décisions de justice tiennent enfin compte des dispositions de la loi ÉLAN, notamment la réquisition obligatoire du bien du marchand de sommeil.

M. Fabien Gay. Et à Bobigny?

M. Julien Denormandie, ministre. À Bobigny, c'est également le cas.

Voilà plus de quatre mois, la garde des sceaux et moi-même, nous nous sommes rendus à Pierrefitte, sur le site d'un marchand de sommeil. Or, alors que les caméras étaient présentes – vous connaissez le tralala qui entoure les déplacements de ministres –, le marchand de sommeil débarque! Mesurez le sentiment d'impunité de ces individus!

Dans le XVIII^e arrondissement de Paris, à Marx Dormoy, la mairie a dû verser 6,7 millions d'euros à un marchand de sommeil condamné à une amende de plusieurs centaines de milliers d'euros, dans le cadre d'une procédure d'expropriation. Dans quel monde vit-on?

Grâce à la loi ÉLAN, c'est fini! De telles situations ne seront plus possibles. Nous avons tapé très fort. (*Mme Annie Guillemot acquiesce.*)

Le sentiment d'impunité des marchands de sommeil doit cesser. Il faut les considérer comme de vrais trafiquants de drogue.

M. Roland Courteau. Très bien!

M. Fabien Gay. On est d'accord!

M. Julien Denormandie, ministre. C'est tout le sens des mesures prises dans le cadre de la loi ÉLAN, que nous sommes aujourd'hui en train de mettre en œuvre.

Vous avez raison, il fallait que le ministère de la ville et du logement et le ministère de la justice travaillent main dans la main. C'est fait: la garde des sceaux et moi-même avons cosigné les instructions. Pour autant, tout ne changera pas du jour au lendemain. Il faut aller encore plus vite. J'ai cette responsabilité chevillée au corps et nous nous battons pour arriver.

Il faudrait un plan Marshall des copropriétés, selon vous. Qui paiera? Il faut faire intervenir l'ANAH; le dispositif en vigueur ne peut pas marcher autrement.

Que se passe-t-il lorsque la mairie prend un arrêté pour imposer à une copropriété des travaux d'office, mais que cette dernière n'est pas en mesure de les financer, comme cela a été le cas à Marseille? Les copropriétaires attendent, font traîner et l'on se retrouve avec un immeuble sur le point de s'effondrer, voire qui s'effondre.

Dans les six départements concernés par la mise en œuvre accélérée des dispositions de la loi ÉLAN, notamment le département de Mme la rapporteur, j'ai proposé que l'État supplée les carences des copropriétés et finance 100 % des travaux et non plus 50 %. Il faut aller à fond dans cette voie.

Est-ce un plan Marshall? Je ne sais pas, mais nous nous donnons les moyens.

Je rappelle que les six territoires concernés par cette mise en œuvre accélérée sont les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes, l'Essonne, le Val-de-Marne, le Nord, la Seine-Saint-Denis.

Mme la présidente. L'amendement n° 1 rectifié *quinquies*, présenté par MM. Decool, Chasseing, Guerriau, A. Marc, Longeot et Louault, Mme N. Delattre, M. Bonnacarrère, Mmes L. Darcos et Gruny, MM. Kern, Houpert et Moga, Mme Goy-Chavent, M. Lefèvre, Mmes Bories, Lherbier et Kauffmann, MM. D. Dubois, Malhuret et Lagourgue, Mme Mélot et M. Capus, est ainsi libellé:

Alinéa 2, première phrase

Remplacer le nombre :

15

par le nombre :

20

La parole est à M. Jean-Pierre Decool.

M. Jean-Pierre Decool. Cet amendement, cosigné par vingt-quatre sénateurs, a pour objet le diagnostic technique global, qui est un bon dispositif, puisqu'il permet d'informer les copropriétaires sur la situation générale de l'immeuble et d'envisager d'éventuels travaux mis en œuvre dans le cadre d'un plan pluriannuel.

Il est préférable de prévoir un diagnostic technique global obligatoire pour les immeubles construits depuis plus de vingt ans et soumis à la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis. Cela semble plus pertinent, compte tenu de l'évolution normale des immeubles construits depuis moins de vingt ans, ne nécessitant pas de nouveaux travaux importants sur un temps aussi court.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Nous avons eu l'occasion de discuter de cette question en commission. Moi-même, je me suis interrogée sur le périmètre des immeubles pouvant être concernés par l'obligation du diagnostic technique global. J'ai finalement opté pour des immeubles de plus de quinze ans soumis aux règles de copropriété.

Cet amendement ne me semble pas opportun en la matière, parce que ce report conduira, de fait, à différer le moment où seront réalisés des travaux. Or il importe de mieux sensibiliser les copropriétés pour qu'elles soient le plus à même de réaliser des travaux dans les délais les plus courts possible.

Par conséquent, la commission a prévu de rendre obligatoire le diagnostic technique global pour les immeubles de plus de quinze ans et non de plus de vingt ans.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Même avis pour les mêmes raisons.

Mme la présidente. Monsieur Decool, l'amendement n° 1 rectifié *quinquies* est-il maintenu ?

M. Jean-Pierre Decool. Qui peut le plus peut le moins ! Vous avez presque réussi à me convaincre, madame la rapporteur. (*Sourires.*)

Je retire donc cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 1 rectifié *quinquies* est retiré.

Je mets aux voix l'article 1^{er} A.

(*L'article 1^{er} A est adopté.*)

Articles additionnels après l'article 1^{er} A

Mme la présidente. L'amendement n° 10 rectifié *quater*, présenté par Mme Guillemot, MM. Daunis et Iacovelli, Mmes Conconne, Ghali et Artigalas, MM. M. Bourquin, Courteau, Duran, Montaugé, Tissot, Kanner et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 1^{er} A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La troisième phrase du septième alinéa de l'article L. 445-1 du code de la construction et de l'habitation est complétée par les mots : « et un état descriptif de l'état du bâti et des équipements mentionnant les gros travaux réalisés les cinq dernières années et les travaux d'amélioration que l'organisme prévoit le cas échéant d'engager ».

La parole est à Mme Annie Guillemot.

Mme Annie Guillemot. La loi ÉLAN prévoit une massification de la vente de logements sociaux, voire d'immeubles entiers.

Le plan de mise en vente annexé à la convention d'utilité sociale, la CUS, vaut autorisation de vendre pendant six ans, sans autre encadrement ultérieur.

Vous avez ouvert aux organismes vendeurs la possibilité de mettre en place un dispositif de mise en copropriété différée. C'est une bonne chose pour sécuriser les accédants. Toutefois, nous pensons qu'il faut aller plus loin.

La vente des logements sociaux ne doit pas mettre en danger la situation financière des ménages ou la qualité du bâti vendu ni produire de nouvelles copropriétés dégradées, alors que c'est cela même que nous tentons de combattre dans ce texte.

Pour cela – en ce sens, notre amendement rejoint celui que notre collègue Valérie Létard présentera dans un instant –, il faut prendre des mesures de prévention des risques de dégradation des copropriétés. C'est pourquoi il est proposé que les plans de vente comprennent les données relatives au bâti. En effet, la seule condition minimale d'habitabilité et de performance liée au seul logement ne paraît plus suffisante.

Ainsi, le plan de vente prévu par la CUS pourrait comporter, pour chaque immeuble destiné à la vente, un état descriptif de l'état du bâti et des équipements mentionnant les gros travaux réalisés les cinq dernières années et les travaux d'amélioration que l'organisme prévoit d'engager le cas échéant.

Cette mesure de transparence nous paraît essentielle pour éclairer toutes les parties prenantes de la vente de logements sociaux et prévenir la dégradation de copropriétés nouvelles.

Je profite de cet amendement, monsieur le ministre, pour vous demander de mettre en place un comité de suivi et de veille des ventes de logements sociaux et d'y associer les élus locaux et les parlementaires.

Permettez-moi de revenir sur un point précédent. Pour l'avoir vécu, je peux témoigner que l'opération de Bron Terraillon, achevée dans les années 1960, a été presque en état de sauvegarde au milieu des années 1970. Il faut donc agir beaucoup plus rapidement, car les dégradations vont malheureusement très vite.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Cet amendement vise à reprendre une disposition adoptée dans le cadre de la loi ÉLAN, qui n'avait malheureusement pas survécu à la commission mixte paritaire.

Par conséquent, par souci de cohérence avec la position du Sénat lors de l'examen de ce texte, la commission émet un avis favorable sur cet amendement.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Le Gouvernement demande le retrait sur cet amendement, qu'il considère comme satisfait. Je conçois que nous n'ayons pas la même analyse.

Mme la rapporteur l'a souligné, nous avons beaucoup travaillé sur ce sujet dans le cadre de la loi ÉLAN et je vous remercie, madame la sénatrice, d'avoir mentionné un certain nombre de possibilités offertes par la loi ÉLAN qui

ont été mises en œuvre, notamment l'ordonnance sur la propriété différée des parties communes, que j'ai présentée en conseil des ministres voilà quelques semaines.

La loi ÉLAN a également prévu un certain nombre de gages. Ma responsabilité, c'est de lutter contre les copropriétés dégradées existantes, mais, surtout, d'empêcher que de nouvelles ne se créent ! J'y suis extrêmement vigilant.

Ainsi, le propriétaire peut, pendant une période de dix ans, rétrocéder son bien aux bailleurs sociaux. Par ailleurs, la CUS décrit l'état du bien et de l'ensemble d'immeubles, au moment où la vente est opérée. Les plans de vente figurant dans la CUS comprennent les documents relatifs aux normes minimales d'habitabilité et de performance énergétique. Tout cela a été renforcé et inclus.

In fine, le travail d'information du futur accédant à la propriété est l'une des mesures les plus importantes mises en place dans le cadre de l'opération de vente.

Parler d'habitabilité, c'est parler de tout ce qui est gros œuvre, des documents relatifs aux derniers travaux effectués et aux travaux à prévoir.

Je partage votre objectif, madame la sénatrice, mais je veux être sûr que le texte adopté ne soit pas trop compliqué à mettre en œuvre par les bailleurs sociaux.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 10 rectifié *quater*.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans la proposition de loi, après l'article 1^{er} A.

L'amendement n° 31 rectifié *bis*, présenté par Mme Létard, M. Marseille, Mme C. Fournier, M. Kern, Mme Guidez, M. Bonnecarrère, Mme Vullien, MM. Laugier, Louault et Moga, Mme Férat, M. Canevet, Mme Vermeillet, MM. Janssens, Longeot et Détraigne, Mmes Saint-Pé, Perrot et les membres du groupe Union Centriste, est ainsi libellé :

Après l'article 1^{er} A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le quatrième alinéa de l'article L. 443-7 du code de la construction et de l'habitation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La convention d'utilité sociale mentionnée à l'article L. 445-1 contient un plan de prévention des risques de dégradation des copropriétés issues de la vente des logements sociaux qu'elle prévoit. »

La parole est à Mme Valérie Létard.

Mme Valérie Létard. Je n'ai pas eu l'occasion de saluer non seulement l'initiative à l'origine de cette proposition de loi, mais aussi l'énorme travail accompli par la rapporteur et la commission dans son entier. Ce travail de fond était vraiment nécessaire.

L'amendement n° 31 rectifié *bis* a un objet très proche de celui qui vient d'être présenté. Il vise à prévoir qu'un plan de prévention des risques de dégradation des copropriétés soit directement intégré à la convention d'utilité sociale que chaque office HLM doit conclure pour faire part de sa stratégie patrimoniale.

On le sait bien et cela a été rappelé, pour combattre l'habitat indigne, plus on agit en amont, plus on a de chances d'éviter de se retrouver dans les situations que nous connaissons. Annie Guillemot a rappelé la situation de Bron ; de nombreux cas similaires peuvent être cités.

Dans le cadre de la loi ÉLAN, les moyens ont été déployés pour permettre d'atteindre l'objectif de 40 000 ventes de logements sociaux par an. Des exemples existent déjà. Ainsi, dans mon arrondissement, le sous-préfet est intervenu pour arrêter un programme de ventes, car il s'agissait de la vente d'un patrimoine mal entretenu à destination de locataires et que l'on se dirigeait vers une future copropriété dégradée.

Nous en sommes au démarrage et aux prémices, mais nous le voyons bien : si, dans le cadre d'une vente de patrimoine, nous ne prenons pas dès le départ toutes les assurances que les logements vendus ne sont pas dégradés ou que les ménages qui les acquièrent auront la capacité de réaliser les travaux, c'est-à-dire l'ensemble des dispositions en amont pour éviter tout risque d'aboutir à des copropriétés dégradées, nous ne faisons pas notre job !

Nous sommes en train de travailler sur les conséquences. Essayons de travailler sur les causes. Il ne s'agit pas de remettre en cause la loi ÉLAN ni ses objectifs. Si, en lien avec les élus locaux et les bailleurs, on ne s'assure pas que l'on a pris toutes les dispositions pour que ces ventes ne conduisent pas à des situations dramatiques, ni l'État ni nous, les élus, nous ne ferions notre travail. Il s'agit de se prémunir et d'accompagner les élus dans une stratégie qui doit avancer dans le bon sens.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Nous comprenons les inquiétudes légitimes sur la dégradation des copropriétés.

Au regard des dispositions prises dans le cadre de la loi ÉLAN et par souci de cohérence, j'ai invité la commission à émettre un avis favorable sur l'amendement d'Annie Guillemot, dont l'objet va dans le sens de la prévention de la dégradation des copropriétés nées de la vente de logements sociaux. La CUS devra en effet indiquer l'état descriptif du bâti et des équipements ainsi que les travaux réalisés au cours des cinq dernières années et les travaux d'amélioration que le bailleur social prévoit d'engager.

Il me semble préférable d'en rester à ces dispositions, qui sont plus précises – les bailleurs sociaux s'engagent sur les travaux qu'ils envisagent de réaliser –, plutôt que de prévoir un plan de prévention qui comprendra des dispositions très générales et sans véritable portée.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Le Gouvernement demande également le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

Le code de la construction et de l'habitation, qui a été renforcé dans le cadre de la loi ÉLAN, prévoit déjà le respect des normes minimales d'habitabilité et de performance énergétique pour qu'un appartement social puisse être vendu. Il s'agit là d'une obligation. Si ces normes ne sont pas respectées, la vente ne peut avoir lieu.

Lorsqu'un sous-préfet interdit une opération, sa démarche s'inscrit dans la stricte application de la loi – il est très important de le rappeler. Il ne s'agit pas de faire croire que ce représentant de l'État fait montre d'une volonté et d'une attention plus fortes qu'un autre. C'est la loi : elle doit être appliquée partout. Nous sommes extrêmement vigilants sur ce point.

Madame Guillemot, l'article 88 de la loi ÉLAN prévoit déjà l'obligation pour l'organisme vendeur d'informer l'acquéreur préalablement à la vente du montant des charges de copropriété. Il s'agit d'une information cruciale qui, très souvent, n'est pas suffisamment mise en avant.

Par ailleurs, le montant des travaux et des charges de copropriété, non pas des cinq dernières années comme vous le proposez, mais des deux dernières années, doit être communiqué.

Enfin, comme vous le proposez, la liste des travaux d'amélioration des parties communes et des éléments d'équipement commun à entreprendre ainsi qu'une évaluation du montant global des travaux et des quotes-parts qui seraient imputables doivent être fournies.

Toutes ces informations doivent être communiquées, en plus de tous les éléments que j'ai indiqués, à savoir la copropriété différée, la clause de rétrocession de dix ans, etc.

Ne voyez pas dans ma demande de retrait de votre amendement, parce que je le considérais comme satisfait, une quelconque velléité de ne pas aller dans votre sens. Nous avons déjà eu ce débat dans le cadre de la loi ÉLAN et y avons apporté une réponse.

L'amendement n° 31 rectifié *bis* vise à mettre en place un plan pluriannuel. L'ordonnance relative aux copropriétés autorisée par la loi ÉLAN entend introduire au sein de ces copropriétés, sur la base d'un diagnostic réalisé à intervalles réguliers – nous sommes en train d'en fixer la durée dans le cadre de la concertation –, un plan pluriannuel de travaux à entreprendre.

Notre objectif est donc que, au moment de la vente, d'une part, l'habitabilité minimale et la performance énergétique soient assurées, d'autre part, l'information communiquée, afin que, tout au long de la vie de l'immeuble, à intervalles réguliers, un plan des travaux à entreprendre au sein de la copropriété soit prévu. Tout cela figurera dans l'ordonnance relative aux copropriétés.

Madame Létard, je propose de vous transmettre l'état des discussions en cours pour que vous ayez la certitude que cela répond bien à vos attentes.

Mme la présidente. Madame Létard, l'amendement n° 31 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Valérie Létard. Je vais retirer cet amendement, madame la présidente, ne serait-ce que parce que nous avons adopté l'amendement n° 10 rectifié *quater*, qui s'inscrit dans le même esprit, mais qui a l'avantage de mieux cadrer les choses.

Monsieur le ministre, si le sous-préfet est intervenu et a fait son travail très correctement, c'est à la suite d'une alerte de la population ! Certains locataires avaient envie de rester locataires ; en outre, certains des logements mis en vente n'étaient pas en très bon état, sans qu'un programme de travaux ait été engagé. On voit bien que le dispositif en est à ses débuts.

J'appelle votre attention, parce que je pense que le démarage sera compliqué. De nombreux plans de vente sont déjà lancés : les organismes se sont engagés dans des ventes partielles de patrimoines constitués par des barres d'immeubles – des ventes à la découpe, en quelque sorte. Pour de telles ventes, il faut vérifier non seulement quel type de logement sera vendu, mais surtout à qui.

C'est d'autant plus important que, aujourd'hui, la loi ne permet pas à un acquéreur d'utiliser pendant cinq ans les financements de l'ANAH pour remettre son logement en état.

Mme Annie Guillemot. Oui !

Mme Valérie Létard. J'espère, monsieur le ministre, que vous reviendrez sur cette disposition.

Lorsque des familles ont juste les moyens d'acquérir leur logement, mais n'ont pas accès aux aides de l'ANAH pour réaliser les travaux, alors que des programmes de travaux sont prévus, cela crée un double risque.

La situation est très fragile. Lorsque les bâtiments ne sont pas vendus en bloc, tous les problèmes peuvent se cumuler.

Je retire mon amendement, mais je suis convaincue que, sans un suivi très précis, si les dispositifs réglementaires que vous allez mettre en place ne prévoient pas de telles dispositions, organisme après organisme, territoire après territoire, on s'expose à des difficultés que l'on pourrait éviter.

Mme la présidente. L'amendement n° 31 rectifié *bis* est retiré.

Article 1^{er} B (*nouveau*)

À la dernière phrase de l'article 4-3 de la loi n° 70-9 du 2 janvier 1970 réglementant les conditions d'exercice des activités relatives à certaines opérations portant sur les immeubles et les fonds de commerce, après le mot : « logement », sont insérés les mots : « , d'un bien immeuble tel que défini aux articles L. 511-1 et L. 511-2 du code de la construction et de l'habitation ou d'un logement ne répondant pas aux caractéristiques du logement décent défini à l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 ». – (*Adopté.*)

Articles additionnels après l'article 1^{er} B

Mme la présidente. L'amendement n° 27 rectifié, présenté par MM. Gold, Arnell et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme Costes, M. Dantec, Mme N. Delattre, MM. Gabouty, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve, M. Labbé, Mme Laborde et MM. Léonhardt, Requier et Roux, est ainsi libellé :

Après l'article 1^{er} B

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 835-2 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Le bénéfice du tiers payant des aides personnelles au logement est subordonné à la production d'un contrat de location. »

La parole est à M. Éric Gold.

M. Éric Gold. Cet amendement vise à améliorer la détection de logements potentiellement indignes.

D'après le code de la sécurité sociale, le logement doit réunir les caractéristiques de décence pour ouvrir droit aux aides au logement. Dans les faits, ces critères ne sont vérifiés que si les occupants font l'objet d'un contrôle, ce qui reste très peu probable.

Ainsi, pour faire respecter le droit, les caisses d'allocations familiales, les CAF, ne peuvent se reposer que sur l'attestation de loyer, seule pièce justificative requise concernant le logement. Elles ont mis en place une grille d'auto-évaluation pour inciter les locataires à déclarer un logement potentiellement indécents. Or ces derniers n'ont pas intérêt à dénoncer leurs conditions de logement s'ils veulent obtenir les aides.

Le seul moyen qui permettrait aux CAF de détecter un logement non décent serait d'être destinataires du contrat de location, qui contient un dossier de diagnostic technique et un état des lieux.

Il s'agit donc de subordonner le bénéfice du tiers payant des aides au logement à la production par le bailleur du contrat de location.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Il s'agit de mettre à disposition des CAF les éléments permettant de détecter les logements indécents ou indignes. En pratique, les CAF auront-elles le temps d'examiner les contrats de location ? Est-ce d'ailleurs leur travail ?

Sur cet amendement, la commission s'en remet à la sagesse de la Haute Assemblée.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Monsieur le sénateur, le sujet que vous abordez est essentiel, il est même crucial. Pour ma part, j'ai fait le choix de porter tous nos efforts sur l'arrêt du tiers payant lorsqu'il est établi que le logement n'était pas dans l'état de décence nécessaire. Les CAF ne sont pas en mesure de statuer, *ab initio*, si le logement est pertinent ou non. Cela n'entre d'ailleurs pas dans leurs compétences.

En revanche, j'ai demandé à la CAF, comme cela se pratiquait auparavant – cela figure dans le dernier contrat d'objectifs et de gestion –, lorsqu'elle reçoit un signal, de cesser immédiatement de verser tout financement directement au propriétaire tant qu'il n'a pas effectué de travaux.

Aujourd'hui, on observe que près de 300 saisines conservatoires sont effectuées par mois, mais que dans 95 % des cas, les sommes conservées sont ensuite restituées aux propriétaires. Cela prouve que, par ce biais, les propriétaires réalisent les travaux et remettent en état leur bien.

Je comprends le problème que vous soulevez, mais la solution que nous sommes en train de mettre en œuvre me paraît plus appropriée.

Mme la présidente. Monsieur Gold, l'amendement n° 27 rectifié est-il maintenu ?

M. Éric Gold. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 27 rectifié est retiré.

L'amendement n° 17 rectifié, présenté par Mme Ghali, est ainsi libellé :

Après l'article 1^{er} B

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de deux mois à compter de la promulgation de loi, un rapport sur la sous-utilisation de la procédure de suspension du versement des aides financières pour un logement considéré comme insalubre ou indécents.

La parole est à Mme Samia Ghali.

Mme Samia Ghali. Nombreux sont les marchands de sommeil qui s'assurent un niveau élevé de rentabilité de leur logement grâce aux aides financières de la caisse d'allocations familiales.

Depuis 2014, la loi ALUR donne le droit à la caisse d'allocations familiales de suspendre jusqu'à dix-huit mois toutes aides financières au logement si un logement est considéré comme insalubre ou indécents afin d'obliger les propriétaires à réaliser les travaux nécessaires.

Malheureusement, les moyens alloués à la CAF pour contrôler ces logements ne sont pas assez importants. Par conséquent, les cas de procédures de suspension allant à leur terme se font rares. Il s'agit d'un problème majeur pour les victimes des marchands de sommeil. Lorsque leur plainte à la CAF n'aboutit pas à une suspension des aides, les occupants font malheureusement souvent l'objet de pressions et de menaces de la part de leur propriétaire.

Il est donc important qu'un état des lieux soit réalisé et que le recours à cette disposition soit plus largement étendu.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Le Sénat, vous le savez – et je ne dérogerai pas à cette règle –, n'est pas favorable aux demandes de rapports. Toutefois, en l'occurrence, la question que vous soulevez nous interpelle. En conséquence, je m'en remettrai à la sagesse de notre assemblée. Peut-être le Gouvernement pourra-t-il nous apporter une réponse plus précise ?

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

M. Julien Denormandie, ministre. Je ne suis pas moi non plus un adepte des rapports, mais au regard de l'importance du sujet que vous évoquez, et compte tenu du fait que je ne suis pas en mesure de vous apporter les précisions à même de vous rassurer au moment où je vous parle, je m'en remettrai également à la sagesse du Sénat sur votre amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 17 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans la proposition de loi, après l'article 1^{er} B.

Chapitre I^{er} B

CLARIFIER, SIMPLIFIER ET ACCÉLÉRER LES
PROCÉDURES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE
L'HABITAT INSALUBRE OU DANGEREUX

(Division et intitulé nouveaux)

Article 1^{er} C *(nouveau)*

- ① I. – L'article 198 de la loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique est ainsi modifié :

- ② 1° Au premier alinéa, le mot : « dix-huit » est remplacé par le mot : « douze » et l'année : « 2021 » est remplacée par l'année : « 2020 » ;
- ③ 2° Le 1° est abrogé.
- ④ II. – Les articles L. 1331-22 à L. 1331-30 et L. 1337-4 du code de la santé publique sont abrogés.
- ⑤ III. – Le livre V du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :
- ⑥ 1° L'intitulé du titre I^{er} est ainsi rédigé : « Police du logement et des autres bâtiments » ;
- ⑦ 2° Le chapitre unique du même titre I^{er} devient le chapitre I^{er} A et est ainsi rédigé :
- ⑧ « *CHAPITRE I^{ER} A*
- ⑨ « *Bâtiments menaçant ruine et bâtiments insalubres*
- ⑩ « *Section 1*
- ⑪ « *Définition*
- ⑫ « *Art. L. 511-1.* – Tout bien immeuble qui menace ruine et qui pourrait par son effondrement compromettre la sécurité ou qui, d'une façon générale, n'offre pas les garanties de solidité nécessaires au maintien de la sécurité publique est en péril.
- ⑬ « Les pouvoirs de police spéciale en cas de bien immeuble en péril sont exercés par le président de l'établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre ou le maire conformément à l'article L. 5211-9-2 du code général des collectivités territoriales. Ces pouvoirs sont définis au présent titre.
- ⑭ « Les pouvoirs de police spéciale dévolus au maire sont exercés à Paris par le préfet de police, sous les réserves suivantes. Sous réserve des compétences dévolues au préfet de police en application du dernier alinéa du I de l'article L. 123-3 et du dernier alinéa de l'article L. 123-4, le maire de Paris exerce les pouvoirs prévus au présent chapitre lorsque le bien immeuble menaçant ruine est un bâtiment à usage principal d'habitation, un bâtiment à usage total ou partiel d'hébergement ou un édifice ou monument funéraire. Pour l'application du présent chapitre, le pouvoir de substitution conféré au représentant de l'État dans le département par l'article L. 2215-1 du code général des collectivités territoriales est exercé par le préfet de police.
- ⑮ « *Art. L. 511-2.* – Tout bien immeuble, vacant ou non, dès lors qu'il constitue, soit par lui-même, soit par les conditions dans lesquelles il est occupé, exploité ou utilisé, un danger pour la santé ou la sécurité des personnes, est insalubre.
- ⑯ « Présentent notamment un danger pour la santé ou la sécurité :
- ⑰ « 1° L'utilisation à des fins d'habitation des caves, sous-sols, combles, pièces de vie dépourvues d'ouverture sur l'extérieur et autres locaux par nature impropres à l'habitation ;
- ⑱ « 2° La sur-occupation des logements, conformément à l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale.
- ⑲ « Les pouvoirs de police spéciale en cas de bien immeuble insalubre sont exercés par le représentant de l'État dans le département selon les modalités prévues à l'article L. 301-5-1-1 du présent code. Ces pouvoirs sont définis au présent titre.
- ⑳ « *Art. L. 511-3.* – Les biens immeubles mentionnés aux articles L. 511-1 et L. 511-2 ne peuvent pas être mis à disposition à des fins d'habitation, à titre gratuit ou onéreux.
- ㉑ « *Section 2*
- ㉒ « *Signalement et visite*
- ㉓ « *Art. L. 511-4.* – Lorsqu'une demande d'une personne auprès de l'administration relève des prérogatives du maire au titre du présent titre ou des prérogatives du représentant de l'État dans le département au titre du présent titre, le déplacement d'un agent pour établir un constat et le transmettre à l'autorité publique compétente ainsi qu'aux intéressés doit intervenir dans un délai de deux mois à compter de la demande.
- ㉔ « Toute personne ayant connaissance de faits révélant l'insécurité ou l'insalubrité d'un bien immeuble est tenue de signaler ces faits à l'autorité publique compétente. S'il apparaît que les faits ne relèvent pas de sa compétence, l'autorité saisie doit en informer la personne à l'origine du signalement et transmettre sans délai le signalement à l'autorité compétente.
- ㉕ « *Art. L. 511-5.* – En cas de refus d'accès aux locaux par l'occupant, le locataire ou le propriétaire, le syndicat des copropriétaires ou l'exploitant du local d'hébergement, l'autorité publique compétente saisit le président du tribunal de grande instance qui, statuant en la forme des référés, fixe les modalités d'entrée dans les lieux des personnes chargées de procéder à l'enquête, au diagnostic, au contrôle ou à la réalisation des travaux.
- ㉖ « *Section 3*
- ㉗ « *Mesures en cas d'urgence*
- ㉘ « *Art. L. 511-6.* – I. – Après avertissement adressé au propriétaire, en cas de péril imminent, l'expert nommé à la demande du maire par la juridiction administrative compétente ou, en cas de danger imminent pour la santé ou la sécurité des personnes lié à l'insalubrité du bien immeuble, le directeur général de l'agence régionale de santé ou, en application du troisième alinéa de l'article L. 1422-1 du code de la santé publique, le directeur du service communal d'hygiène et de santé, examine dans les vingt-quatre heures les bâtiments et propose des mesures de nature à mettre fin à l'imminence du péril ou du danger s'il la constate.
- ㉙ « La présence de revêtements dégradés contenant du plomb à des concentrations supérieures aux seuils définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la construction, dans le logement ou les parties communes de l'immeuble, constitue un danger imminent pour la santé des enfants mineurs et des femmes enceintes.
- ㉚ « II. – Si le rapport mentionné au I conclut à l'existence d'un péril grave et imminent ou d'un danger imminent pour la santé ou la sécurité des personnes lié à l'insalubrité du bien immeuble, l'autorité publique

compétente ordonne les mesures provisoires nécessaires pour garantir la sécurité, notamment l'évacuation de l'immeuble.

- 31 « En cas d'évacuation de l'immeuble ou si l'exécution des mesures prescrites rend les locaux temporairement inhabitables, les dispositions des articles L. 521-1 et suivants sont applicables.
- 32 « *Art. L. 511-7.* – Dans le cas où les mesures et travaux prévus à l'article L. 511-6 n'auraient pas été exécutés dans le délai imparti, l'autorité publique les fait exécuter d'office. En ce cas, elle agit en lieu et place des propriétaires, pour leur compte et à leurs frais.
- 33 « Si les mesures et travaux ont à la fois conjuré l'imminence du danger et mis fin durablement au péril ou à l'insalubrité du bien, l'autorité publique compétente prend acte de leur réalisation et de leur date d'achèvement. S'ils n'ont pas mis fin durablement au péril ou à l'insalubrité, l'autorité publique compétente poursuit la procédure dans les conditions prévues à l'article L. 511-8.
- 34 « *Section 4*
- 35 « *Mesures en l'absence d'urgence*
- 36 « *Art. L. 511-8.* – I. – Lorsque le péril d'un bien immeuble est supposé, le maire établit un rapport motivé sur la réalité et les causes du péril du bien concerné et indique, le cas échéant, les mesures et travaux propres à y remédier.
- 37 « Lorsque l'insalubrité d'un bien immeuble est supposée, le directeur général de l'agence régionale de santé ou, en application du troisième alinéa de l'article L. 1422-1 du code de la santé publique, le directeur du service communal d'hygiène et de santé, établit un rapport motivé sur la réalité et les causes de l'insalubrité du bien concerné, et indique le cas échéant les mesures et travaux propres à y remédier. Le rapport est transmis au représentant de l'État dans le département.
- 38 « II. – Dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'autorité publique compétente transmet le rapport mentionné au I du présent article au propriétaire et, le cas échéant, à la personne ayant mis les locaux à disposition ou à l'exploitant du bien immeuble. Elle les invite, conformément aux dispositions de l'article L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, à présenter leurs observations écrites sur la réalité et les causes du péril ou de l'insalubrité selon le cas et les informe qu'il leur sera demandé de faire cesser ce péril ou cette insalubrité. Le rapport motivé est tenu à la disposition des intéressés qui peuvent présenter des observations écrites dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.
- 39 « III. – Si, à l'issue d'un délai de deux mois à compter de la transmission du rapport, la personne concernée n'a pas établi l'absence de péril ou d'insalubrité selon le cas, le bien immeuble concerné est déclaré en péril ou insalubre selon le cas par arrêté de l'autorité publique compétente.
- 40 « L'arrêté de péril ou d'insalubrité est notifié aux propriétaires, aux titulaires de droits réels immobiliers sur les locaux, aux titulaires de parts donnant droit à l'attribution ou à la jouissance en propriété des locaux, aux occupants et, en cas de local d'hébergement, à l'exploitant. Il est publié au fichier immobilier ou au livre foncier dont dépend l'immeuble aux frais du

propriétaire. Lorsque les mesures prescrites ne concernent que les parties communes d'un immeuble en copropriété, la notification de l'arrêté aux copropriétaires est valablement faite au seul syndicat de la copropriété.

- 41 « À défaut de connaître l'adresse actuelle des personnes mentionnées au deuxième alinéa du présent III ou de pouvoir les identifier, la notification de l'arrêté les concernant est valablement effectuée par affichage à la mairie de la commune ou, à Paris, Marseille et Lyon, de l'arrondissement où est situé le bien immeuble ainsi que par affichage sur la façade de l'immeuble.
- 42 « L'arrêté de péril ou d'insalubrité vaut mise en demeure du propriétaire ou, le cas échéant, de la personne ayant mis les locaux à disposition, de mettre en œuvre les mesures et travaux nécessaires pour faire cesser selon le cas le péril ou l'insalubrité dans un délai fixé. L'autorité publique compétente peut ordonner la démolition de l'immeuble. Dans ce cas, elle y fait procéder sur ordonnance du juge statuant en la forme des référés rendue à sa demande.
- 43 « L'arrêté de péril ou d'insalubrité mentionne qu'en cas de non-respect des prescriptions à l'expiration du délai fixé :
- 44 « 1° Le propriétaire est redevable du paiement d'une astreinte selon les modalités prévues à l'article L. 511-10 du présent code ;
- 45 « 2° Les mesures et travaux pourront être exécutés d'office aux frais et pour le compte du propriétaire.
- 46 « IV. – L'autorité publique compétente peut prononcer une interdiction temporaire ou définitive d'habiter ou d'utiliser les locaux. Dans ce cas, ou lorsque les travaux rendent les locaux temporairement inhabitables, la personne ayant mis à disposition ces locaux est tenue d'assurer l'hébergement ou le logement des occupants dans les conditions prévues aux articles L. 521-1 à L. 521-4.
- 47 « La décision de l'autorité publique compétente mentionnée au premier alinéa du présent IV précise :
- 48 « 1° La date d'effet de l'interdiction d'habiter ou d'utiliser les locaux. Si l'interdiction est définitive, cette date ne peut être fixée au-delà de six mois dans les zones géographiques se caractérisant par un déséquilibre important entre l'offre et la demande de logements entraînant des difficultés d'accès au logement sur le parc locatif existant ou au-delà de trois mois dans les autres zones ;
- 49 « 2° La date à laquelle le propriétaire ou l'exploitant des locaux d'hébergement doit avoir informé l'autorité publique compétente de l'offre d'hébergement ou de relogement qu'il a faite aux occupants en application de l'article L. 521-3-1.
- 50 « La décision précise, le cas échéant, les mesures nécessaires pour empêcher tout accès ou toute occupation des lieux aux fins d'habitation. Ces mesures peuvent faire l'objet d'une exécution d'office aux frais et pour le compte de la personne.
- 51 « La décision suspend le paiement des loyers jusqu'à la mainlevée de l'arrêté de péril ou d'insalubrité. Les contrats à usage d'habitation en cours à la date de l'arrêté de péril ou d'insalubrité sont soumis aux règles définies à l'article L. 521-2. À compter de la notification de la décision d'interdiction d'habiter ou d'utiliser les

lieux, les locaux vacants ne peuvent être ni loués ni mis à disposition jusqu'à la mainlevée de l'arrêté de péril ou d'insalubrité.

- 52 « Si, à l'expiration du délai imparti par la décision mentionnée au premier alinéa du présent IV pour le départ des occupants, les locaux ne sont pas libérés, faute pour le propriétaire ou l'exploitant qui a satisfait à l'obligation de présenter l'offre de relogement prévue au II de l'article L. 521-3-1 d'avoir engagé une action aux fins d'expulsion, le représentant de l'État dans le département peut exercer cette action aux frais du propriétaire.
- 53 « *Art. L. 511-9.* – L'exécution des mesures et travaux conformément à l'arrêté de péril ou d'insalubrité est constatée par l'autorité publique compétente qui prononce la mainlevée de l'arrêté et, le cas échéant, de l'interdiction d'habiter et d'utiliser les lieux.
- 54 « La décision de mainlevée est publiée au fichier immobilier ou au livre foncier dont dépend l'immeuble pour chacun des locaux, à la diligence du propriétaire et à ses frais.
- 55 « *Art. L. 511-10.* – I. – En cas de non-respect des prescriptions mentionnées dans l'arrêté de péril ou d'insalubrité à l'expiration du délai fixé dans ledit arrêté, le propriétaire défaillant est redevable d'une astreinte d'un montant maximal de 1 000 € par jour de retard.
- 56 « L'autorité publique compétente prononce l'astreinte. Son montant est modulé en tenant compte de l'ampleur des mesures prescrites et des conséquences de la non-exécution.
- 57 « Lorsque l'arrêté de péril ou d'insalubrité concerne un établissement recevant du public aux fins d'hébergement, l'arrêté prononçant l'astreinte est notifié au propriétaire de l'immeuble et à l'exploitant, lesquels sont solidairement tenus au paiement de l'astreinte.
- 58 « Lorsque l'arrêté de péril ou d'insalubrité concerne tout ou partie des parties communes d'un immeuble soumis à la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, l'astreinte est appliquée dans les conditions prévues à l'article L. 543-1 du présent code.
- 59 « Lorsque l'arrêté de péril ou d'insalubrité concerne un immeuble en indivision, l'astreinte est appliquée dans les conditions fixées à l'article L. 541-2-1.
- 60 « L'astreinte court à compter de la date de notification de l'arrêté la prononçant et jusqu'à la complète exécution des mesures et travaux prescrits. Le recouvrement des sommes est engagé par trimestre échu.
- 61 « L'autorité publique compétente peut, lors de la liquidation trimestrielle de l'astreinte, consentir une exonération partielle ou totale de son produit si le redevable établit que la non-exécution de l'intégralité de ses obligations est due à des circonstances qui ne sont pas de son fait.
- 62 « Le montant total des sommes demandées ne peut être supérieur à 50 000 €.
- 63 « L'application de l'astreinte et sa liquidation ne font pas obstacle à l'exécution d'office par l'autorité publique compétente des mesures et travaux prescrits par l'arrêté de péril ou d'insalubrité. L'astreinte prend fin à la date de la notification au propriétaire de l'exécution d'office des

mesures et travaux prescrits. Dans ce cas, le montant de l'astreinte s'ajoute à celui du coût des mesures et travaux exécutés d'office. Il est recouvré comme en matière de contributions directes et garanti par les dispositions prévues au 8° de l'article 2374 du code civil et aux articles L. 541-1 à L. 541-6 du présent code.

- 64 « II. – En cas d'arrêté de péril, l'astreinte est recouvrée, dans les conditions prévues par les dispositions relatives aux produits communaux, au bénéfice de la commune sur le territoire de laquelle est implanté le bien immeuble ayant fait l'objet de l'arrêté. Dans le cas où l'arrêté a été pris par le président d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre en application de l'article L. 5211-9-2 du code général des collectivités territoriales, l'astreinte est recouvrée au bénéfice de l'établissement public concerné.
- 65 « À défaut pour le maire ou, le cas échéant, le président de l'établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre de liquider le produit de l'astreinte, de dresser l'état nécessaire à son recouvrement et de la faire parvenir au représentant de l'État dans le département dans le mois qui suit la demande émanant de ce dernier, la créance est liquidée et recouvrée par l'État. Après prélèvement de 4 % pour frais de recouvrement, les sommes perçues sont versées au budget de l'Agence nationale de l'habitat.
- 66 « III. – En cas d'arrêté d'insalubrité, l'astreinte est liquidée et recouvrée par l'État. Après prélèvement de 4 % pour frais de recouvrement, les sommes perçues sont versées au budget de l'établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre compétent en matière d'habitat sur le territoire duquel est implanté le bien immeuble ou l'établissement ayant fait l'objet de l'arrêté, dont le président s'est vu transférer les pouvoirs de police spéciale de lutte contre l'habitat indigne en application de l'article L. 5211-9-2 du code général des collectivités territoriales, ou, à défaut, au budget de l'Agence nationale de l'habitat.
- 67 « *Art. L. 511-11.* – L'application de l'astreinte et sa liquidation ne font pas obstacle à ce que, si les mesures et travaux n'ont pas été exécutés ou ne sont pas conformes à l'arrêté de péril ou d'insalubrité, l'autorité publique compétente procède à leur exécution d'office, aux frais et pour le compte de la personne concernée. Elle peut également faire procéder à la démolition prescrite sur ordonnance du juge statuant en la forme des référés, rendue à sa demande.
- 68 « Si l'inexécution des mesures et travaux prescrits portant sur les parties communes d'un immeuble en copropriété résulte de la défaillance de certains copropriétaires, l'autorité publique compétente peut sur décision motivée se substituer à ceux-ci pour les sommes exigibles à la date votée par l'assemblée générale des copropriétaires ; elle est alors subrogée dans les droits et actions du syndicat à concurrence des sommes qu'elle a versées.
- 69 « Les dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1334-4 du code de la santé publique sont applicables.
- 70 « *Art. L. 511-12.* – Lorsque le bien immeuble insalubre devient inoccupé et libre de location après la date d'entrée en vigueur de l'arrêté d'insalubrité, dès lors qu'il est sécurisé et ne constitue pas un danger pour la santé ou la sécurité des personnes, le propriétaire n'est

plus tenu de réaliser les mesures et travaux prescrits dans le délai fixé par l'arrêté. L'autorité publique compétente peut prescrire ou faire exécuter d'office toutes mesures nécessaires pour empêcher l'accès ou l'usage du bien immeuble, faute pour le propriétaire d'y avoir procédé.

- 71 « Lorsqu'un immeuble ou un logement devient inoccupé et libre de location après la date de l'arrêté prononçant une astreinte et ne constitue pas un danger pour la santé ou la sécurité des voisins, il est mis fin à l'astreinte à la date à laquelle le bail a effectivement été résilié et les occupants ont effectivement quitté les lieux. Le propriétaire reste toutefois redevable de l'astreinte tant que les mesures nécessaires pour empêcher l'accès et l'usage du logement, qui ont été, le cas échéant, prescrites, n'ont pas été réalisées.
- 72 « *Art. L. 511-13.* – La personne tenue d'exécuter les mesures et travaux prescrits par l'arrêté de péril ou d'insalubrité peut se libérer de son obligation par la conclusion d'un bail à réhabilitation. Elle peut également conclure un bail emphytéotique ou un contrat de vente moyennant paiement d'une rente viagère, à charge pour les preneurs ou débirentiers d'exécuter les travaux prescrits et d'assurer, le cas échéant, l'hébergement des occupants. Les parties peuvent convenir que l'occupant restera dans les lieux lorsqu'il les occupait à la date de l'arrêté de péril ou d'insalubrité.
- 73 « *Art. L. 511-14.* – Les frais de toute nature avancés par l'autorité publique compétente lorsqu'elle s'est substituée aux propriétaires ou copropriétaires défaillants, en application du présent titre sont recouverts comme en matière de contributions directes.
- 74 « Si le bien immeuble relève du statut de la copropriété, le titre de recouvrement est adressé à chaque copropriétaire pour la fraction de créance dont il est redevable.
- 75 « Lorsque la commune s'est substituée à certains copropriétaires défaillants, le montant de la créance due par ceux-ci est majoré de celui des intérêts moratoires calculés au taux d'intérêt légal, à compter de la date de notification par l'autorité publique compétente de la décision de substitution aux copropriétaires défaillants.
- 76 « *Section 5*
- 77 « *Sanctions*
- 78 « *Art. L. 511-15.* – I. – Est puni d'un emprisonnement de trois ans et d'une amende de 100 000 € :
- 79 « 1° Le fait de refuser délibérément et sans motif légitime d'exécuter les mesures et travaux prescrits en application des articles L. 511-6 et L. 511-8 ;
- 80 « 2° Le fait de dégrader, détériorer, détruire des locaux ou de les rendre impropres à l'habitation de quelque façon que ce soit dans le but d'en faire partir les occupants lorsque ces locaux sont visés par un arrêté de péril ou d'insalubrité ;
- 81 « 3° Le fait, de mauvaise foi, de ne pas respecter une interdiction d'habiter et, le cas échéant, d'utiliser des locaux prise en application des mêmes articles L. 511-6 et L. 511-8 ;
- 82 « 4° Le fait, de mauvaise foi, de remettre à disposition des locaux vacants faisant l'objet d'un arrêté de péril ou d'insalubrité.

83 « II. – Les personnes physiques encourent également les peines complémentaires suivantes :

84 « 1° La confiscation du fonds de commerce ou de l'immeuble destiné à l'hébergement des personnes et ayant servi à commettre l'infraction. Lorsque les biens immeubles qui appartenaient à la personne condamnée au moment de la commission de l'infraction ont fait l'objet d'une expropriation pour cause d'utilité publique, le montant de la confiscation en valeur prévue au neuvième alinéa de l'article 131-21 du code pénal est égal à celui de l'indemnité d'expropriation ;

85 « 2° L'interdiction pour une durée de cinq ans au plus d'exercer une activité professionnelle ou sociale dès lors que les facilités que procure cette activité ont été sciemment utilisées pour préparer ou commettre l'infraction. Cette interdiction n'est toutefois pas applicable à l'exercice d'un mandat électif ou de responsabilités syndicales ;

86 « 3° L'interdiction pour une durée de dix ans au plus d'acheter un bien immobilier à usage d'habitation ou un fonds de commerce d'un établissement recevant du public à usage total ou partiel d'hébergement ou d'être usufruitier d'un tel bien ou fonds de commerce. Cette interdiction porte sur l'acquisition ou l'usufruit d'un bien ou d'un fonds de commerce soit à titre personnel, soit en tant qu'associé ou mandataire social de la société civile immobilière ou en nom collectif se portant acquéreur ou usufruitier, soit sous forme de parts immobilières ; cette interdiction ne porte toutefois pas sur l'acquisition ou l'usufruit d'un bien immobilier à usage d'habitation à des fins d'occupation à titre personnel.

87 « Le prononcé des peines complémentaires mentionnées aux 1° et 3° du présent II est obligatoire à l'encontre de toute personne coupable d'une infraction prévue au présent article. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer ces peines, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur.

88 « III. – Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, des infractions définies au présent article encourent, outre l'amende suivant les modalités prévues à l'article 131-38 du code pénal, les peines prévues aux 2°, 4°, 8° et 9° de l'article 131-39 du même code.

89 « Elles encourent également la peine complémentaire d'interdiction, pour une durée de dix ans au plus, d'acheter ou d'être usufruitier d'un bien immobilier à usage d'habitation ou d'un fonds de commerce d'un établissement recevant du public à usage total ou partiel d'hébergement.

90 « La confiscation mentionnée au 8° du même article 131-39 porte sur le fonds de commerce ou l'immeuble destiné à l'hébergement des personnes et ayant servi à commettre l'infraction.

91 « Le prononcé de la peine de confiscation mentionnée au même 8° et de la peine d'interdiction d'acheter ou d'être usufruitier mentionnée au deuxième alinéa du présent III est obligatoire à l'encontre de toute personne coupable d'une infraction prévue au présent article. Toutefois, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée, décider de ne pas prononcer ces peines, en considération des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur.

- 92 « Lorsque les biens immeubles qui appartenaient à la personne condamnée au moment de la commission de l'infraction ont fait l'objet d'une expropriation pour cause d'utilité publique, le montant de la confiscation en valeur prévue au neuvième alinéa de l'article 131-21 du code pénal est égal à celui de l'indemnité d'expropriation.
- 93 « IV. – Lorsque les poursuites sont engagées à l'encontre d'exploitants de fonds de commerce aux fins d'hébergement, il est fait application de l'article L. 651-10 du code de la construction et de l'habitation.
- 94 « Section 6
- 95 « Mesures règlementaires
- 96 « Art. L. 511-16. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application des dispositions du présent chapitre. » ;
- 97 3° Le même titre I^{er} est complété par un chapitre I^{er} B ainsi rédigé :
- 98 « CHAPITRE I^{ER} B
- 99 « Autres bâtiments et édifices
- 100 « Art. L. 511-17. – Lorsque des monuments funéraires menacent ruine et pourraient par leur effondrement compromettre la sécurité ou, d'une façon générale, n'offrent pas les garanties de solidité nécessaires au maintien de la sécurité publique, le maire peut prescrire aux personnes titulaires de la concession de mettre en œuvre toutes mesures nécessaires pour remédier à la situation conformément aux dispositions prévues au chapitre I^{er} A du présent titre.
- 101 « Art. L. 511-18. – À l'intérieur d'un périmètre qu'il définit, le représentant de l'État dans le département peut déclarer l'insalubrité des locaux et installations utilisés aux fins d'habitation, mais impropres à cet objet pour des raisons d'hygiène, de salubrité ou de sécurité.
- 102 « L'arrêté du représentant de l'État dans le département est pris après avis du directeur de l'agence régionale de santé et de la commune ou, le cas échéant, de l'établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre compétent en matière d'habitat.
- 103 « Cet arrêté vaut interdiction définitive d'habiter et d'utiliser les locaux et installations qu'il désigne. Il peut également ordonner la démolition totale ou partielle des locaux et installations, et y faire procéder, sur ordonnance du juge statuant en la forme des référés rendue à sa demande. » ;
- 104 4° La division et l'intitulé du titre II sont supprimés et les chapitres I^{er} et II du même titre II deviennent respectivement les chapitres I^{er} et II du titre I^{er}.
- 105 IV. – L'article 25-1 A de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations est ainsi modifié :
- 106 1° Au premier alinéa, les références : « et L. 511-1 à L. 511-6 » sont remplacées par les références : « , L. 511-1 et L. 511-3 à L. 511-17 » et les références : « L. 1331-22 à L. 1331-30 du code de la santé publique » sont remplacées par les références : « L. 511-2 à L. 511-16 et L. 511-18 du même code » ;

107 2° Après le mot : « constat », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « et le transmettre à l'autorité compétente ainsi qu'aux intéressés doit intervenir dans un délai de deux mois à compter de la demande. » ;

108 3° Le second alinéa est supprimé.

Mme la présidente. L'amendement n° 32, présenté par Mme Estrosi Sassone, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Alinéa 14, deuxième phrase

Après la référence :

L. 123-3

insérer les mots :

du présent code

La parole est à Mme le rapporteur.

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, madame la présidente.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 32.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 8 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillemot, MM. Daunis et Iacovelli, Mmes Conconne, Ghali et Artigalas, MM. M. Bourquin, Courteau, Duran, Montaugé, Tissot, Kanner et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I - Alinéa 23

Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

L'agent signale, par constat séparé, les désordres qu'il a observés, dans le cadre de son déplacement, sur la situation générale du bâti. L'absence de ce constat ou le contenu de ce dernier ne peut être invoqué pour contester la validité de la procédure ou les conclusions de l'expertise.

II – Alinéa 107

Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

L'agent signale, par constat séparé, les désordres qu'il a observés, dans le cadre de son déplacement, sur la situation générale du bâti. L'absence de ce constat ou le contenu de ce dernier ne peut être invoqué pour contester la validité de la procédure ou les conclusions de l'expertise.

La parole est à Mme Annie Guillemot.

Mme Annie Guillemot. Les associations avec lesquelles nous avons discuté, notamment la Fondation Abbé Pierre, considèrent qu'il serait souhaitable de profiter du déplacement d'un agent pour effectuer un bilan de l'état général de l'immeuble. Il est en effet très fréquent que l'insalubrité d'un logement ne soit pas une situation isolée et qu'elle concerne en réalité l'ensemble de l'immeuble.

Cet amendement a un objet pragmatique : il s'agit de permettre à l'agent missionné par le maire ou le représentant de l'État, à la suite du signalement d'un particulier, de constater dans un document séparé les désordres qu'il a pu observer lors de son déplacement sur le bâti en général. Cela

permettra aux autorités compétentes de mieux apprécier la situation et d'envisager des mesures, y compris en l'absence de signalement exprès des occupants.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Comme l'a dit Mme Guillemot, il s'agit d'un amendement pragmatique ; il va dans le bon sens. La commission y est donc favorable.

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

M. Julien Denormandie, ministre. J'émetts le même avis, pour les mêmes raisons que la commission.

La question que vous abordez, madame la sénatrice, est effectivement très souvent soulevée par les associations. Le fait de profiter de la visite de l'agent de l'État pour évaluer l'insalubrité d'un appartement et recueillir des informations sur le bâti me paraît très pragmatique. Je soutiens cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 8 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 28 rectifié, présenté par MM. Gold, Arnell et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty et Guérini, Mme Guillotin, M. Jeansannetas, Mme Jouve, M. Labbé, Mme Laborde et MM. Léonhardt, Requier et Roux, est ainsi libellé :

Alinéa 24

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le notaire chargé d'établir l'acte authentique de vente d'un bien immobilier à usage d'habitation ou d'un fonds de commerce d'un établissement recevant du public à usage total ou partiel d'hébergement signale à l'autorité compétente les faits pouvant relever de l'insécurité ou de l'insalubrité de ce bien.

La parole est à M. Éric Gold.

M. Éric Gold. L'article 193 de la loi ÉLAN a introduit l'obligation pour l'agent immobilier et pour le syndic de copropriété de saisir le procureur de la République des faits susceptibles de constituer une atteinte à la dignité humaine ou un non-respect d'un arrêté d'insalubrité ou de péril.

De son côté, le notaire a uniquement l'obligation de signaler la non-conclusion de la vente d'un bien immobilier lorsque la personne a déjà été condamnée.

Les marchands de sommeil se fournissent dans le vivier de biens à rénover, notamment lors des ventes aux enchères, raison pour laquelle la loi ÉLAN a également posé l'interdiction pour une personne ayant fait l'objet d'une condamnation d'acquiescer un bien par ce biais.

Or l'efficacité de ces deux derniers dispositifs repose sur la condamnation, encore rare, du propriétaire.

Afin de repérer les biens potentiellement insalubres ou en péril, le présent amendement vise à prévoir que le notaire chargé d'établir l'acte authentique signale ces faits aux autorités compétentes. Ces dernières pourront apporter une réponse plus rapide en prescrivant des mesures ou des travaux.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Cet amendement est de fait satisfait. Le texte vise déjà, à l'alinéa 24 de l'article 1^{er} C, « toute personne ayant connaissance de faits révélant l'insécurité ou l'insalubrité d'un bien », ce qui inclut le notaire.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

M. Julien Denormandie, ministre. J'émetts le même avis, pour les mêmes raisons.

Nous pouvons toutefois rappeler l'obligation prévue à l'alinéa 24 de l'article 1^{er} C aux représentants de la profession de notaire. Je m'engage à leur écrire à ce sujet.

Mme la présidente. Monsieur Gold, l'amendement n° 28 rectifié est-il maintenu ?

M. Éric Gold. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 28 rectifié est retiré.

L'amendement n° 25 rectifié, présenté par MM. Gold, Arnell, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme Costes, M. Dantec, Mme N. Delattre, MM. Gabouty et Guérini, Mme Guillotin, M. Jeansannetas, Mme Jouve, M. Labbé, Mme Laborde et MM. Requier et Roux, est ainsi libellé :

Alinéa 30

Remplacer les mots :

le rapport

par les mots :

l'examen

La parole est à M. Éric Gold.

M. Éric Gold. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Favorable.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 25 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 33, présenté par Mme Estrosi Sassone, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Alinéa 31

Remplacer les mots :

et suivants

par les mots :

à L. 521-4

La parole est à Mme le rapporteur.

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de précision.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 33.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 29 rectifié, présenté par MM. Gold, Arnell et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve, M. Labbé, Mme Laborde et MM. Léonhardt, Requier et Roux, est ainsi libellé :

Alinéa 87, première phrase

Remplacer les mots :

aux 1° et 3° du

par les mots :

au

La parole est à M. Éric Gold.

M. Éric Gold. La loi ÉLAN a rendu obligatoire le prononcé des peines complémentaires de confiscation des biens ayant servi à commettre l'infraction, ou de l'indemnité d'expropriation, ainsi que l'interdiction d'acquérir des nouveaux biens pendant une durée maximale de dix ans.

Le présent amendement vise à rendre obligatoire le prononcé de la peine d'interdiction pour une durée de cinq ans au plus d'exercer une activité professionnelle ou sociale dès lors que celle-ci a été utilisée pour commettre l'infraction en matière d'habitat insalubre ou dangereux. Il s'agit ainsi d'empêcher le propriétaire concerné de continuer à alimenter facilement, de par la nature de ses activités, son vivier de logements dégradés.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Cet amendement soulève un véritable problème. Néanmoins, lors de l'examen de la loi ÉLAN, nous n'étions pas allés jusqu'à l'interdiction automatique de l'exercice d'une profession. La sanction peut paraître pour le moins disproportionnée. Pour autant, je souhaite connaître l'avis du Gouvernement sur ce sujet.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Nous avons effectivement eu un débat sur cette question lors de l'examen de la loi ÉLAN. La mesure proposée nous paraît également disproportionnée.

La durée de la sanction complémentaire proposée est supérieure à celle de la peine de prison à laquelle la personne incriminée pourrait être condamnée. En pratique, lorsqu'une peine complémentaire est considérée comme étant disproportionnée, il arrive que parfois, peut-être trop souvent, le juge ne la prononce pas.

Pour ces raisons, le Gouvernement demande le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Gold, l'amendement n° 29 rectifié est-il maintenu ?

M. Éric Gold. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 29 rectifié est retiré.

L'amendement n° 30 rectifié *bis*, présenté par MM. Gold, Arnell et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli et Corbisez, Mme Costes, M. Dantec, Mme N. Delattre, MM. Gabouty, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve, M. Labbé, Mme Laborde et MM. Léonhardt, Requier et Roux, est ainsi libellé :

Alinéa 87, deuxième alinéa

Remplacer le mot :

Toutefois

par les mots :

Si le propriétaire est l'occupant du bien

La parole est à M. Éric Gold.

M. Éric Gold. Les peines accessoires ayant été supprimées en vertu du principe d'individualisation des peines, nous souhaiterions que la justice ne soit plus tolérante avec le propriétaire non occupant qui, de mauvaise foi, ne rénove pas son patrimoine immobilier.

Cet amendement d'appel vise donc à prévoir que le juge ne puisse pas écarter l'application des peines complémentaires lorsque le bien insalubre ou en péril n'est pas occupé par le propriétaire.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Vous souhaitez limiter la dérogation que vous proposez au seul cas où le propriétaire est l'occupant du bien.

Le principe d'individualisation des peines est un principe constitutionnel. Lors de l'examen de la loi ÉLAN, nous avons poussé le principe d'une peine automatique aussi loin que possible.

L'amendement que vous nous proposez me paraît poser de sérieux risques d'inconstitutionnalité. La commission y est donc défavorable.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Monsieur Gold, l'amendement n° 30 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Éric Gold. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 30 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 1^{er} C, modifié.

(L'article 1^{er} C est adopté.)

Article 1^{er} D (nouveau)

① L'article L. 2212-4 du code général des collectivités territoriales est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Le maire en application de ses pouvoirs de police générale prévus à l'article L. 2212-2 peut, par arrêté, interdire temporairement d'accéder, d'habiter ou d'utiliser les locaux en raison d'un danger grave et immédiat affectant la santé ou la sécurité des occupants au sens des articles L. 129-1, L. 511-1 et L. 511-2 du code de la construction et de l'habitation. Dans ce cas, la personne ayant mis à disposition ces locaux est tenue d'assurer l'hébergement ou le relogement des occupants dans les conditions prévues aux articles L. 521-1 à L. 521-4 du même code. Dès sa notification au propriétaire ou au gestionnaire du bien concerné, l'arrêté mentionné au présent alinéa suspend le bail et le paiement des loyers jusqu'à la suppression du risque à l'origine de l'arrêté. »

Mme la présidente. L'amendement n° 11 rectifié *quater*, présenté par Mmes Noël, Eustache-Brinio et Morhet-Richaud, MM. D. Laurent, Bonhomme, Perrin, Raison, B. Fournier, Chaize, Segouin et Charon, Mme Micouleau, MM. Mayet et Kennel, Mme Grunty, MM. Paccaud et Chatillon, Mme L. Darcos, M. H. Leroy, Mme Lamure et M. Babary, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Il est mis en place une base de données et d'information à destination expresse des maires, rassemblant l'ensemble des copropriétés insalubres placées sous administration judiciaire provisoire définie à l'article 29-1 de la loi 65-557. »

La parole est à Mme Sylviane Noël.

Mme Sylviane Noël. Actuellement, les outils dont disposent les élus locaux face aux copropriétés dégradées sont assez peu opérationnels. Cet amendement vise à renforcer leur pouvoir en amont afin de leur permettre d'avoir une vision d'ensemble des copropriétés placées sous administration provisoire par le biais d'outils dont les modalités de fonctionnement et d'accès resteront à définir.

Il faut en effet savoir que, bien souvent, la seule solution qu'ont les maires pour connaître avec précision l'état d'une copropriété privée est d'y acquérir un lot afin de pouvoir y accéder.

Cet amendement vise donc à doter les maires d'un outil opérationnel afin d'assurer le suivi et la surveillance de ces copropriétés.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Cet amendement est déjà satisfait par le droit actuel.

Le registre des copropriétés est aujourd'hui accessible aux élus et mentionne les copropriétés sous administration judiciaire provisoire.

Les maires sont déjà informés de la saisine du tribunal lorsque la situation de la copropriété nécessite un placement sous administration provisoire et de l'ordonnance de désignation de l'administrateur provisoire.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Même avis, pour les mêmes raisons.

Mme la présidente. Madame Noël, l'amendement n° 11 rectifié *quater* est-il maintenu ?

Mme Sylviane Noël. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 11 rectifié *quater* est retiré.

Je mets aux voix l'article 1^{er} D.

(L'article 1^{er} D est adopté.)

Article 1^{er} E (nouveau)

① L'article 17 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Lorsque l'autorité publique concernée a prescrit des mesures et travaux pour faire cesser des situations de péril ou d'insalubrité en application des articles L. 511-1 à L. 511-16 du code de la construction et de l'habitation et qu'elle a constaté l'absence de syndic professionnel, elle saisit dans un délai d'un mois le président du tribunal de grande instance aux fins de désignation d'un syndic

professionnel. La présence d'un syndic professionnel est obligatoire jusqu'à la mainlevée de l'arrêté de péril ou d'insalubrité. » – (Adopté.)

Articles additionnels après l'article 1^{er} E

Mme la présidente. L'amendement n° 24 rectifié *bis*, présenté par MM. Gold, Arnell, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme Costes, M. Dantec, Mme N. Delattre, MM. Gabouty et Guérini, Mme Guillotin, M. Jeansannetas, Mme Jouve, M. Labbé, Mme Laborde et MM. Requier et Roux, est ainsi libellé :

Après l'article 1^{er} E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 301-6 du code de la construction et de l'habitation, il est inséré un article L. 301-... ainsi rédigé :

« Art. L. 301- – Les établissements publics de coopération intercommunale compétents en matière d'habitat, ou à défaut les communes, peuvent désigner un référent chargé d'accompagner les propriétaires de logements dégradés qui le demandent dans la réhabilitation de leur logement en identifiant les mesures et travaux possibles ainsi que les aides publiques mobilisables. »

La parole est à M. Éric Gold.

M. Éric Gold. Pour résoudre un problème d'habitat insalubre, il faut dans un premier temps poser un diagnostic, puis solliciter des aides financières souvent illisibles et complexes, et enfin engager et superviser les artisans chargés de réaliser les travaux, tout en gérant un relogement parfois inévitable.

Cet amendement vise plus spécifiquement à aider les propriétaires isolés et précaires dans leurs démarches, du diagnostic au suivi du chantier, en passant par les demandes d'aides financières. Toutes ces démarches peuvent en effet être un frein à la prise de décision pour les personnes fragiles. Le recours à une personne référente, mise à disposition par la collectivité, permettrait de sortir de l'insalubrité et de l'insécurité un certain nombre de locataires.

Il s'agit par ailleurs à la fois d'une question de santé publique et d'écologie. En aidant les propriétaires, nous favorisons les travaux d'isolation des bâtiments, lesquels permettent ensuite de réduire la consommation d'énergie.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Le dispositif que vous proposez dans votre amendement, monsieur Gold, est proche du parcours de rénovation énergétique performante, le PREP, qui a été mis en œuvre, nous l'avons vu, dans la commune de Montfermeil. Il nous semble très intéressant en matière de prévention.

Dès lors qu'il tend à ouvrir aux collectivités la faculté de désigner un référent en matière d'habitat indigne, et non pas à leur en imposer l'obligation, la commission y est favorable.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Je m'en remettrai à la sagesse du Sénat sur cet amendement, car vous avez raison sur le fond, la nomination un tel référent peut être une très bonne chose.

Cela étant, comme le dit Mme la rapporteur, l'amendement tend à prévoir une faculté, non une obligation. Dès lors, rien ne justifie de l'inscrire dans la loi. Je m'en remettrai donc à l'avis éclairé de la Haute Assemblée.

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Laménie, pour explication de vote.

M. Marc Laménie. Cet amendement de bon sens me semble positif.

On le voit dans les relations entre l'État et les collectivités locales, on manque souvent cruellement d'informations, de bonnes informations. On ne connaît pas forcément les dispositifs existants.

Tous les collègues qui se sont exprimés sur ces sujets extrêmement sensibles ont rappelé les drames qui ont été vécus. Pour que cela ne se reproduise pas, il faut effectuer un travail particulièrement important.

Cet amendement vise à répondre aux attentes. Les collectivités locales, quelle que soit leur taille, ne disposent pas forcément de tous les moyens dont elles ont besoin, en particulier financiers. Malheureusement, tout est financier, comme on le voit lorsque l'on examine les dispositifs qui nous sont soumis dans le cadre du projet de loi de finances en commission des finances. Même si du travail a été réalisé, beaucoup reste à faire.

Je soutiendrai naturellement cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 24 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans la proposition de loi, après l'article 1^{er} E.

L'amendement n° 13 rectifié *quater*, présenté par Mmes Noël, Eustache-Brinio et Morhet-Richaud, MM. Bascher, D. Laurent, Bonhomme, Perrin, Raison, B. Fournier, Chaize et Charon, Mme Micouleau, MM. Mayet et Kennel, Mme Grunty, MM. Paccaud et Chatillon, Mmes L. Darcos et Imbert, M. H. Leroy et Mme Lamure, est ainsi libellé :

Après l'article 1^{er} E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le I de l'article L. 615-6 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « renouvelable une seule fois », sont remplacés par les mots : « non renouvelable » ;

2° Avant la dernière phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Le syndic est tenu de fournir à l'expert tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission dans un délai de quinze jours à compter de la notification de l'ordonnance du juge au syndic sous peine du paiement d'une astreinte d'un montant maximal de 200 € par jour de retard. »

II. – La première phrase du quatrième alinéa de l'article 29-1 B de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis est complétée par les mots : « sous peine du paiement d'une astreinte d'un montant maximal de 200 € par jour de retard ».

La parole est à Mme Sylviane Noël.

Mme Sylviane Noël. Comme l'a souligné très justement Mme la rapporteur, le renforcement du rôle des collectivités territoriales dans la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux pourrait constituer un axe de travail intéressant. Il pourrait également être intéressant d'intervenir là aussi en amont, sans attendre que le bâti soit dans un état pouvant être dangereux pour ses occupants, notamment en simplifiant la procédure de mise en œuvre d'un état de carence. Une telle simplification se doit bien entendu de respecter les principes du droit de propriété, mais la temporalité est un enjeu important dans ce type de situation.

Cet amendement vise donc à imposer un délai plus court pour la remise du rapport d'expertise lorsque la procédure est enclenchée.

Par ailleurs, il faut souligner que l'expert désigné pour constater la situation de la copropriété rencontre en pratique des difficultés pour obtenir les comptes auprès des syndicats. Mon amendement tend donc à prévoir que le syndic devra fournir les documents nécessaires sous peine de devoir acquitter une astreinte d'un montant maximal de 200 euros par jour de retard.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. L'amendement de Mme Noël s'inscrit dans la continuité des dispositions que nous avons adoptées en commission et tend à accélérer encore la phase d'instruction. Il va donc dans le bon sens. Nous y sommes bien sûr favorables.

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

M. Julien Denormandie, ministre. J'émet également un avis favorable. Je pense que la mesure que vous proposez, madame la sénatrice, va dans le bon sens, et je la soutiens.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 13 rectifié *quater*.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans la proposition de loi, après l'article 1^{er} E.

Chapitre I^{er}

RENFORCER LES CAPACITÉS DE CONTRÔLE ET D'INTERVENTION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET DE LEURS GROUPEMENTS EN MATIÈRE DE LOGEMENTS INSALUBRES OU DANGEREUX

Article 1^{er}

- ① I. – Le code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 111-6-1-1, les mots : « aux travaux conduisant » sont supprimés ;
- ③ 2° Au premier alinéa de l'article L. 111-6-1-2, les mots : « aux travaux conduisant » sont supprimés ;
- ④ 3° À la première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 111-6-1-3, les mots : « des opérations de division conduisant à la création de locaux à usage d'habitation au sein d'un immeuble existant sont réali-

sées » sont remplacés par les mots : « plusieurs locaux à usage d'habitation sont créés au sein d'un immeuble existant » ;

- ⑤ 4° (*nouveau*) À l'avant-dernier alinéa du même article L. 111-6-1-3, les mots : « l'Agence nationale de l'habitat » sont remplacés par les mots : « l'établissement public de coopération intercommunale, ou à défaut à la commune, qui a délimité des zones dans lesquelles une autorisation préalable à la création de plusieurs locaux à usage d'habitation dans un immeuble existant a été instaurée en application des articles L. 111-6-1-1 et L. 111-6-1-2 ».
- ⑥ II (*nouveau*). – La deuxième phrase du premier alinéa du II de l'article 8-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 est supprimée. – (*Adopté.*)

Article 2

- ① À titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la publication de la présente loi, les établissements publics de coopération intercommunale compétents en matière d'habitat et les communes peuvent demander, par dérogation à l'article L. 231-1 du code des relations entre le public et l'administration, que le silence gardé pendant deux mois par le président de l'établissement public de coopération intercommunale compétent en matière d'habitat ou le maire de la commune vaut décision de rejet de la demande d'autorisation préalable de mise en location prévue à l'article L. 635-4 du code de la construction et de l'habitation.
- ② Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation du dispositif.
- ③ Un décret fixe la liste des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre et des communes concernés par l'expérimentation mentionnée au premier alinéa du présent article. Ces établissements et communes sont sélectionnés en tenant compte notamment de leur volontarisme et de leur capacité à mener cette expérimentation.

Mme la présidente. L'amendement n° 20 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 12 rectifié *quinquies*, présenté par Mmes Noël, Eustache-Brinio et Morhet-Richaud, MM. D. Laurent, Bonhomme, Perrin, Raison, Chaize et Charon, Mme Micouleau, M. Kennel, Mme Gruny, MM. Paccaud et Chatillon, Mme L. Darcos, M. H. Leroy, Mme Lamure et M. Babary, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

Il est créé un dispositif de suivi des copropriétés dégradées composé du maire, du président du tribunal de grande instance, des administrateurs provisoires, des services de l'État, qui permet de vérifier que le redressement est bien engagé. Les membres dudit comité de suivi exercent à titre bénévole. Aucun frais lié au fonctionnement de ce comité ne peut être pris en charge par une personne publique.

La parole est à Mme Sylviane Noël.

Mme Sylviane Noël. Cet amendement vise à créer un organe opérationnel chargé du suivi des copropriétés dégradées, composé du maire, du président du tribunal de grande instance, des syndicats, des administrateurs provisoires, des services de l'État.

Cet organe aura l'obligation de se réunir une fois par an au minimum afin de permettre un suivi des copropriétés dégradées, de vérifier qu'un redressement est bien engagé et que la situation ne se dégrade pas davantage dans le temps.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Je comprends l'intention des auteurs de cet amendement.

Sur le plan formel, la disposition est insérée dans un article sur le permis de louer, alors qu'elle aborde un tout autre sujet.

Sur le fond, je m'interroge sur la mise en œuvre opérationnelle du dispositif, l'amendement ne précisant pas les copropriétés dégradées concernées – s'agira-t-il des copropriétés sous administration provisoire, des copropriétés soumises à un plan de sauvegarde ? – ni les pouvoirs de ce comité.

Actuellement, les élus sont systématiquement informés des différentes mesures prises concernant les copropriétés dégradées. En cas de difficultés et d'impayés importants, le maire est informé de la saisine du tribunal. Si le juge désigne un mandataire *ad hoc*, le maire reçoit le rapport du mandataire. Il en va de même en cas de nomination d'un administrateur provisoire.

Si la copropriété nécessite la mise en œuvre d'un plan de sauvegarde, le préfet met en place une commission pour effectuer un bilan de la situation et faire des propositions. Le maire siège au sein de cette commission et bénéficie d'informations aux différentes étapes de la procédure.

Créer un comité supplémentaire ne me semble pas nécessaire. Les réunions entre les élus, les tribunaux et le préfet relèvent du bon sens et peuvent être mises en pratique dans les différents territoires. Elles n'ont pas vocation à être inscrites dans la loi.

La commission demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Je demande également le retrait de cet amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable, pour les raisons brillamment exposées par Mme la rapporteur, que je partage entièrement.

Mme la présidente. Madame Noël, l'amendement n° 12 rectifié *quinquies* est-il maintenu ?

Mme Sylviane Noël. Oui, madame la présidente.

Dans certains départements, le bon sens l'emporte et ces réunions se font effectivement de manière naturelle. Dans d'autres, c'est moins le cas. La création de cet organe pourrait donner un bon coup de pouce aux élus locaux et leur permettre d'obtenir ce genre de réunions, qui me semblent utiles.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Guillemot, pour explication de vote.

Mme Annie Guillemot. Je comprends ce que vient de dire Mme la rapporteur, mais, personnellement, je partage le point de vue de Mme Noël. Un certain nombre de copropriétés privées dégradées ne sont pas repérées suffisamment en amont. On sait pourtant d'expérience aujourd'hui quels

éléments doivent alerter : quand il n'y a plus que des locataires et quand des investisseurs viennent acheter des logements parce qu'ils ne sont pas chers.

On évoquait la désignation d'un référent en matière d'habitat indigne. Nombre de communes ont instauré des conseils d'aide aux accédants. Des gens achètent parce que les logements sont à bas prix sans rien connaître de la copropriété privée. Ils ignorent qu'ils vont devoir payer une taxe foncière, les réparations, etc. Notre système pêche parce qu'on arrive alors que le mal est déjà fait.

La mesure proposée Mme Noël pourrait être intéressante pour les maires qui voudraient s'en saisir.

Mme la présidente. La parole est à Mme Samia Ghali, pour explication de vote.

Mme Samia Ghali. Je considère que cet amendement va dans le bon sens. Je vois de nombreuses copropriétés en cours de dégradation, avant qu'elles ne fassent l'objet d'un plan de sauvegarde. Il faut savoir qu'il existe malheureusement des syndicats voyous.

Ces copropriétés comptent de nombreuses personnes âgées, qui n'assistent pas toutes aux assemblées générales, pour de multiples raisons. Elles se font avoir, car on leur fait croire qu'il faut entreprendre des travaux urgents. Elles acceptent de faire faire les travaux et se retrouvent endettées, car elles ont de petites retraites. Elles ne sont pas toujours de mauvaise foi. Elles ne refusent pas de payer, simplement, elles ne peuvent plus le faire. En réalité, elles sont de bonne foi.

Quand on est sollicité par les habitants – cela m'est arrivé –, par les propriétaires occupants, on ne dispose malheureusement d'aucun outil pour les accompagner.

Cet amendement mériterait d'être étudié de plus près, car il pourrait, s'il était adopté, favoriser la compréhension, aider les élus à aller sur le terrain et à faire en sorte que des copropriétés ne se dégradent pas au point de devenir insalubres et de coûter cher à l'État. Mieux vaut que les élus tirent la sonnette d'alarme.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann, pour explication de vote.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Je soutiens cet amendement pour deux raisons, la première, c'est ce qui s'est passé à Marseille.

En l'absence de structures pérennes permettant de faire le point tous les ans, une forme de laisser-aller s'installe pour diverses raisons. Il est ensuite difficile pour la copropriété de retrouver une dynamique de combat.

La seconde raison, c'est qu'une telle structure permet de faire un tour de table et de trouver une solution lorsque quelque chose ne fonctionne pas, lorsque l'on ne sait pas quelles démarches entreprendre. Si l'ensemble des partenaires les plus importants se réunissent tous les ans, ils peuvent se répartir les sujets à traiter, discuter des dispositifs à déclencher. Souvent, les différents acteurs se renvoient la balle à coups de courriers administratifs, ce qui représente une perte de temps et d'efficacité.

Pour ces deux raisons, l'initiative de Mme Noël me paraît très bonne.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. J'entends les réactions des unes et des autres, mais la création d'un comité supplémentaire réunissant les élus locaux, le président du

tribunal de grande instance et le préfet me semble lourde et inopportune, ces différents acteurs se réunissant de fait sur le terrain.

Mme Samia Ghali. Non !

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Cette mesure de bon sens n'a pas à figurer dans la loi.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 12 rectifié *quinquies*.

(L'amendement est adopté.)

Mme Samia Ghali. Bravo !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 2, modifié.

(L'article 2 est adopté.)

Article additionnel après l'article 2

Mme la présidente. L'amendement n° 26 rectifié, présenté par MM. Gold, Arnell et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme Costes, M. Dantec, Mme N. Delattre, MM. Gabouty, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve, M. Labbé, Mme Laborde et MM. Léonhardt, Requier et Roux, est ainsi libellé :

Après l'article 2

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le début du premier alinéa du I de l'article L. 634-1 du code de la construction et de l'habitation est ainsi rédigé : « Lorsque l'autorisation prévue par l'article L. 635-1 n'a pas été mise en place, l'organe délibérant de l'établissement public de coopération intercommunale compétent en matière d'habitat ou, à défaut, le conseil municipal délimite des zones soumises ... ».

La parole est à M. Éric Gold.

M. Éric Gold. Le présent amendement tend à généraliser le recours à la déclaration préalable de mise en location, à défaut de rendre obligatoire le permis de louer, dans les zones délimitées au regard de l'objectif de lutte contre l'habitat indigne.

Conscients que les marchands de sommeil ne procèdent pas en principe à la déclaration de location ou à une demande de permis de louer, nous espérons que le renforcement des peines prévues dans la proposition de loi les incitera davantage à le faire.

Cette généralisation reste moins contraignante que celle du permis de louer et permettrait aux collectivités locales compétentes en matière d'habitat d'être informées des biens immobiliers potentiellement indignes mis en location.

En outre, le propriétaire devant remettre un récépissé de la déclaration de mise en location pour bénéficier du tiers payant des aides personnalisées au logement, cette mesure constitue également un outil d'information pour les caisses d'allocations familiales.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. La commission émet un avis défavorable. Il paraît souhaitable de garder de la souplesse en la matière et de laisser les collectivités décider si elles souhaitent ou non mettre en place la déclaration de mise en location.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Je suis du même avis. Vous proposez une généralisation du permis de louer, qui doit à mon sens rester entre les mains des élus locaux. Ces derniers doivent pouvoir déterminer s'ils veulent ou non le mettre en place.

C'est pourquoi le Gouvernement demande le retrait de l'amendement et émettrait, à défaut, un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Gold, l'amendement n° 26 rectifié est-il maintenu ?

M. Éric Gold. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 26 rectifié est retiré.

Monsieur le ministre, mes chers collègues, comme je l'ai annoncé précédemment, je vous propose de prolonger notre séance après minuit afin d'achever l'examen de ce texte.

Il n'y a pas d'observation?...

Il en est ainsi décidé.

Article 2 bis (nouveau)

Le deuxième alinéa de l'article L. 635-4 du code de la construction et de l'habitation est complété par une phrase ainsi rédigée : « Aucuns frais ne peuvent être réclamés au titre de cette demande. » – (Adopté.)

Article additionnel après l'article 2 bis

Mme la présidente. L'amendement n° 2 rectifié, présenté par Mme Guillemot, MM. Daunis et Iacovelli, Mmes Conconne, Ghali et Artigalas, MM. M. Bourquin, Courteau, Duran, Montaugé, Tissot, Kanner et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa de l'article L. 635-4 du code de la construction et de l'habitation est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Elle est valable pour une durée de trois ans à compter de la mise en location. Les locataires ou occupants du logement permettent l'accès aux lieux loués des agents mandatés par l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation préalable. »

La parole est à Mme Annie Guillemot.

Mme Annie Guillemot. Depuis la loi ALUR, l'EPCI ou la commune peuvent mettre en place ce que l'on appelle communément le « permis de louer » sur des périmètres d'habitation présentant une proportion importante d'habitat dégradé et dans l'objectif de lutter contre l'habitat indigne. Cette autorisation préalable doit être sollicitée avant chaque mise en location.

En revanche, le dispositif actuel n'oblige pas le propriétaire à renouveler l'autorisation préalable en cas de reconduction du bail. S'agissant de zones et d'immeubles identifiés à risque, il est proposé que l'autorisation préalable ne soit pas un blanc-seing donné au propriétaire pendant toute la durée d'occupation d'un ménage dont le bail peut se renouveler par tacite reconduction.

Notre amendement instaure une durée de validité du permis de louer. L'autorisation préalable requise avant la mise en location serait ainsi valable pour une durée de

trois ans à compter de la mise en location et l'autorité compétente pourrait régulièrement vérifier la situation des logements loués sur le périmètre de l'autorisation.

Fabien Gay nous alertait au sujet de trous dans la raquette. Là, il y en a un. Un ménage peut rester dix à quinze ans dans un logement... Or je sais, pour les avoir vus à l'œuvre, que les marchands de sommeil ont toujours un coup d'avance. Certains, vous l'avez évoqué, monsieur le ministre, faisaient payer les collectivités locales. J'en ai vu d'autres subrogeant l'allocation logement sans l'inscrire sur la quittance ; les CAF devraient le vérifier.

Ce n'est plus possible aujourd'hui, mais il m'est arrivé de retrouver des acheteurs adressant une déclaration d'intention d'aliéner, DIA, en vue d'acquérir un bien dans une copropriété dans laquelle ils venaient de devoir fermer deux logements pour insalubrité ! Dans ces zones, un F4 se vend 60 000, 70 000 euros, et cela reste le meilleur des investissements, comme le soulignait Mme la rapporteur.

Il faut donc faire attention que les marchands de sommeil ne s'immiscent pas dans ces trous dans la raquette...

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Cet amendement prévoit une obligation supplémentaire pour le propriétaire, qui devra non seulement demander un nouveau permis lors du bail initial, puis tous les trois ans.

Le dispositif proposé ne règle pas la situation du locataire si le permis de louer n'est pas attribué à l'issue des trois ans. L'amendement prévoit que le locataire devra laisser l'autorité visiter les locaux. Je m'interroge sur cette disposition qui me paraît contraire au principe constitutionnel d'inviolabilité du domicile.

Enfin, le permis de louer a été conçu comme un outil à utiliser en amont de la mise en location. Lorsque le locataire est déjà dans les lieux, les polices spéciales du péril, de l'insalubrité et la saisine du juge en cas de non-décence doivent automatiquement prendre le relais. J'ajoute que la CAF peut conserver les APL pour obliger le bailleur à réaliser les travaux pour rendre le logement décent.

Telles sont les raisons pour lesquelles la commission vous invite à retirer l'amendement. À défaut, l'avis serait défavorable.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Le Gouvernement est du même avis, pour les raisons invoquées par Mme la rapporteur, mais aussi parce que vous avez décidé précédemment que ce sont les élus locaux qui déterminent la mise en place du permis de louer.

Pour faciliter le déploiement du permis de louer, il faut que la mécanique proposée soit suffisamment souple à mettre en œuvre pour les collectivités locales. Ma position est très claire sur ce dossier : ce n'est pas à moi de juger si les collectivités préfèrent lutter contre l'habitat indigne par d'autres mécanismes, mais mes services sont disponibles pour aider tout élu local souhaitant mettre en place un permis de louer. Au début, il faut *a minima* que le dispositif soit facile à instaurer.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann, pour explication de vote.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Je comprends l'intention des auteurs de l'amendement, qui veulent permettre aux élus locaux de mieux prévenir la dégradation des copropriétés, parce que les immeubles se dégradent au fil du temps, etc.

Toutefois, je partage l'argument avancé par M. le ministre. Nous devons craindre la réticence des élus locaux envers le développement des permis de louer ou la tentation de les limiter à des territoires si restreints que leur fonction préventive en serait freinée.

Dans quelques années, lorsque l'habitude sera prise, il sera toujours temps d'instaurer un contrôle plus pérenne, mais il me paraît préférable, pour déclencher la bonne pratique, de s'en tenir à une certaine souplesse.

Pour conclure, je voudrais insister sur un point que je n'ai pas encore pu aborder : j'observe que de nombreuses obligations ne sont pas assorties de sanctions en cas de défaillance. C'est d'ailleurs l'une des grandes faiblesses du droit en matière de logement. En particulier, quand une autorité publique a connaissance d'un cas d'insalubrité, quelles sont les sanctions applicables en cas d'absence de déclaration ?

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

M. Julien Denormandie, ministre. Vous avez abordé, madame Lienemann, un point essentiel.

D'une part, le permis de louer comprend une sanction.

D'autre part, il me revient de le faire savoir aux élus locaux, la loi ÉLAN a changé le dispositif de versement des astreintes prises par les arrêtés d'insalubrité, de logement indigne, de péril. Celles-ci sont reversées non plus au budget de l'État, ce qui était aberrant et n'incitait guère les collectivités locales à renforcer leurs polices de lutte contre l'habitat indigne, mais à ceux qui opèrent le contrôle. Ceux qui font l'effort de demander des astreintes sont récompensés, afin de créer un cercle vertueux en faveur de la lutte contre l'habitat indigne.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Guillemot, pour explication de vote.

Mme Annie Guillemot. Je retire l'amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 2 rectifié est retiré.

Article 2 ter (nouveau)

Le dernier alinéa de l'article L. 635-4 du code de la construction et de l'habitation est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par exception, lorsque le demandeur a obtenu une autorisation préalable expresse de mise en location d'un logement il y a moins d'un an, il est dispensé de demander une nouvelle autorisation pour la nouvelle mise en location de ce logement et il déclare cette mise en location au président de l'établissement public de coopération intercommunale compétent en matière d'habitat ou au maire de la commune. » – (Adopté.)

Article 3 (Supprimé)

Article 4

- ① L'article L. 511-1 du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique est ainsi modifié :

② 1° Au premier alinéa, après la référence : « L. 511-9, », sont insérés les mots : « en priorité au profit d'une collectivité territoriale ou, si cette dernière renonce à bénéficier de cette priorité, » et les mots : « d'une collectivité territoriale, » sont supprimés ;

③ 2° Le 1° est ainsi rédigé :

④ « 1° Des immeubles ayant fait l'objet d'un arrêté d'insalubrité en application de l'article L. 511-8 du code de la construction et de l'habitation et pour lesquels il n'existe aucun moyen technique de mettre fin à l'insalubrité ou lorsque les travaux nécessaires à sa résorption seraient plus coûteux que la reconstruction ; »

⑤ 3° Au 2°, la référence : « L. 511-2 » est remplacée par la référence : « L. 511-8 » ;

⑥ 4° Après le 2°, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :

⑦ « 2° bis Les immeubles ayant fait l'objet d'un arrêté de péril ou d'insalubrité pris en application de l'article L. 511-8 du même code et prononçant une interdiction temporaire d'habiter ou d'utiliser les lieux lorsque les conditions suivantes sont réunies :

⑧ « a) Les mesures prescrites par l'arrêté de péril ou d'insalubrité n'ont pas été prises dans le délai fixé et la personne tenue de les exécuter ne s'est pas libérée de son obligation dans les conditions prévues à l'article L. 511-13 dudit code ;

⑨ « b) Après une mise en demeure notifiée par l'autorité publique concernée après l'expiration du délai mentionné au a) du présent 2° bis, mentionnant la possibilité pour le propriétaire d'être exproprié de son bien en application du présent 2° bis, le propriétaire n'a pas exécuté les mesures et travaux prescrits par l'arrêté de péril ou d'insalubrité dans le délai fixé par la mise en demeure et ne s'est pas libéré de son obligation dans les conditions prévues au même article L. 511-13 ;

⑩ « c) La réalisation d'office des travaux par l'autorité publique concernée n'est pas possible ;

⑪ « d) Le coût des mesures et travaux prescrits est supérieur à la moitié de la valeur du bien ; ». – (Adopté.)

Article 4 bis (nouveau)

Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 213-2 du code de l'urbanisme, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Elle mentionne obligatoirement le nom de l'acquéreur envisagé. » – (Adopté.)

Article 4 ter (nouveau)

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 2334-36 du code général des collectivités territoriales, après le mot : « investissements, », sont insérés les mots : « de travaux de déconstruction ou de démolition de l'habitat en péril exécutés par la commune en substitution du propriétaire défaillant ». – (Adopté.)

Articles additionnels après l'article 4 ter

Mme la présidente. L'amendement n° 3 rectifié, présenté par Mme Guillemot, MM. Daunis et Iacovelli, Mmes Conconne, Ghali et Artigalas, MM. M. Bourquin, Courteau, Duran, Montaugé, Tissot, Kanner et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

I. – Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 521-1 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° Les mots : « de bonne foi » sont supprimés ;

2° Sont ajoutés les mots : « sauf mauvaise foi avérée ».

II. – En conséquence, faire précéder cet article d'une division additionnelle et de son intitulé ainsi rédigés :

Chapitre ...

Renforcer la protection des occupants de l'habitat indigne

La parole est à Mme Annie Guillemot.

Mme Annie Guillemot. Les associations que nous avons rencontrées comme Droit au logement ou la Fondation Abbé Pierre, qui suivent les familles, nous ont fait part de dossiers particulièrement difficiles avec des enfants atteints de troubles psychologiques compte tenu de leurs conditions d'habitation, ou encore de jeunes exclus de leur lycée parce que couverts de piqûres, leur logement étant infesté de vermine. Vous évoquiez, madame la présidente de la commission, le cas de Marie-Thérèse. Je pense à une jeune fille, excellente à l'école, qui a dû être renvoyée du lycée parce qu'elle était couverte de piqûres. Cette triple peine est inadmissible.

Je souhaite à ce stade revenir sur la très grande avancée que nous avons adoptée en commission, et que le groupe socialiste avait défendue, consistant à permettre au maire d'utiliser ses pouvoirs de police générale et de prendre toute disposition pour ordonner le relogement et la suspension du paiement des loyers pendant la phase intermédiaire d'instruction du dossier. La prise d'un arrêté de péril ou d'insalubrité prend bien souvent trop de temps, laissant les familles dans des situations d'extrême précarité.

Cette possibilité ouverte au maire pourra également s'avérer utile dans la phase d'instruction, les propriétaires indécents exerçant une pression accrue contre leurs victimes pour faire respecter une loi du silence assortie de menaces, de violences, de chantages, ou encore de voies de fait.

Nous proposons de consacrer un chapitre à la protection des occupants d'habitat indigne qui subissent ces pressions. En effet, les marchands de sommeil ne doutent de rien et certains n'ont pas hésité à solliciter du juge des référés la résiliation du bail pour défaut de paiement au cours d'une procédure d'insalubrité – deux jugements leur ont d'ailleurs donné gain de cause. Les occupants sont alors privés de leur droit au relogement et éventuellement de leur recours en indemnisation.

Pour renforcer la protection des occupants, même si nous en connaissons la difficulté, il est proposé d'intégrer au sein du code de la construction et de l'habitation une présomption de bonne foi de l'occupant. Le droit au relogement des occupants d'habitat indigne serait ainsi mis en œuvre, sauf en cas de mauvaise foi avérée de l'occupant, qu'il reviendrait au juge d'apprécier.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. La commission a émis un avis défavorable.

Je souhaite rappeler aux auteurs de l'amendement que le droit actuel fait déjà peser d'importantes obligations sur le propriétaire en matière de relogement lorsqu'est prononcée une interdiction d'habiter les lieux en application d'un arrêté d'insalubrité ou de péril. Le propriétaire doit ainsi reloger le locataire, le sous-locataire et l'occupant de bonne foi. S'il ne peut les reloger, il doit verser un an de loyer aux pouvoirs publics, qui doivent assurer le relogement.

Vous proposez dans votre amendement d'inverser le principe et d'étendre la charge pesant sur les propriétaires avec une réserve, celle de la mauvaise foi avérée. Nos collègues évoquent également les cas où le bail a été résilié et où se pose la question de savoir si l'on doit reloger ou non l'occupant. Si, lors d'une demande en justice pour résilier le bail, les locataires démontrent au juge l'existence de l'arrêté de péril ou d'insalubrité justifiant la cessation de paiement des loyers, le bail ne peut pas être résilié et les locataires ont droit au relogement.

Il me semble que nous avons atteint un équilibre qu'il convient de conserver entre les obligations des propriétaires et les droits des occupants.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Il est également défavorable, pour les mêmes raisons.

Mme la présidente. Madame Guillemot, l'amendement n° 3 rectifié est-il maintenu ?

Mme Annie Guillemot. Je le maintiens, car il est question ici non pas de propriétaires, mais de marchands de sommeil.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 3 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 15, présenté par Mme Ghali, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le II de l'article L. 521-3-1 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° À la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « à ses besoins et à ses possibilités » sont remplacés par les mots : « à ses besoins, à ses possibilités et à ses ressources » ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La proposition de relogement doit être adaptée aux besoins, aux possibilités et aux ressources de la personne délogée. Elle doit respecter la typologie du logement originel et être adaptée à la composition du foyer, aux besoins spécifiques et aux ressources de ceux qui le composent. L'accessibilité au logement pour les personnes à mobilité réduite doit être prise en compte. Le temps de trajet entre le logement et le lieu de travail ou de scolarisation des membres du foyer ne doit pas être rallongé de plus de quinze minutes. »

La parole est à Mme Samia Ghali.

Mme Samia Ghali. Cet amendement vise à enrichir le principe de « logement adapté aux besoins et aux possibilités » déjà inscrit dans la loi, afin qu'il réponde à l'ensemble des problématiques que rencontrent les personnes délogées pendant leur relogement.

La proposition de relogement doit être adaptée aux besoins, aux possibilités, mais aussi aux ressources des personnes relogées, afin que celles-ci ne subissent pas une double peine.

De ce fait, inscrire dans la loi et encadrer les critères de relogement des personnes victimes de l'habitat insalubre est essentiel. Les personnes déplacées ne sont pas responsables de l'avis de péril qui frappe leur logement. Elles ne doivent donc pas subir la charge supplémentaire induite par un nouveau logement plus cher que l'ancien ou l'allongement des temps de trajet vers le lieu de travail ou de scolarisation des enfants.

Malheureusement, on l'a vu à Marseille, de nombreuses personnes, sur les 2 000 personnes concernées par le relogement après une procédure de péril, ont dû aller habiter à l'autre bout de la ville, sans transports en commun. Les enfants sont obligés de traverser la ville pour se rendre à l'école et rentrent trop tard le soir pour faire leurs devoirs. C'est très compliqué.

Je l'ai dit, il a fallu sept mois pour élaborer une charte de relogement, d'où l'intérêt d'inscrire quelques principes clairs dans la loi. Il s'agit de protéger la personne délogée, qui n'a pas choisi d'habiter dans un logement voire un immeuble en péril et qui doit en subir les conséquences pendant de longs mois, voire quelques années.

Mme la présidente. L'amendement n° 4 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillemot, MM. Daunis et Iacovelli, Mmes Conconne, Ghali et Artigalas, MM. M. Bourquin, Courteau, Duran, Montaugé, Tissot, Kanner et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. – Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la deuxième phrase du premier alinéa du II de l'article L. 521-3-1 du code de la construction et de l'habitation, les mots : « l'offre d'un logement correspondant à ses besoins et à ses possibilités » sont remplacés par les mots : « deux offres fermes de relogement adaptées aux besoins et aux ressources ».

II. – En conséquence, faire précéder cet article d'une division additionnelle et de son intitulé ainsi rédigés :

Chapitre ...

Renforcer la protection des occupants de l'habitat indigne

La parole est à Mme Annie Guillemot.

Mme Annie Guillemot. Je souscris tout à fait aux propos que vient de tenir ma collègue Samia Ghali. Le maire doit formuler trois propositions de relogement, le marchand de sommeil une seule, généralement très éloignée, ce qui pose d'énormes problèmes à la famille. Je pense à la scolarisation des enfants, mais aussi aux femmes dont beaucoup travaillent au cœur des villes, par exemple dans les hôtels.

Notre amendement s'inscrit également dans la logique d'une plus grande protection des occupants d'habitat indigne. En cas de relogement définitif ordonné par l'autorité compétente, c'est le propriétaire indélicat qui doit s'occuper

du relogement des occupants. Nous pensons qu'il faut frapper plus fort. Il y a un paradoxe à confier le relogement du locataire victime à son propriétaire délictueux, notamment en cas de relogement définitif, au risque de laisser les occupants dans la spirale de l'habitat indigne.

S'agissant d'un logement définitif, et pour limiter le risque de retour vers un autre logement insalubre, notre amendement prévoit que le propriétaire fera deux offres de relogement, au lieu d'une actuellement, répondant aux besoins et aux ressources du locataire ou de l'occupant.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. L'amendement n° 15 vise à préciser les critères du relogement. Nous comprenons votre intention, madame Ghali, mais une partie des dispositions entre déjà dans la notion de besoins et de possibilités : je pense à l'accessibilité, aux ressources et à la composition du foyer.

Vous exigez en outre que le relogement respecte la typologie du logement originel. Je vous mets en garde, car ce critère ne va pas forcément dans le sens que vous souhaitez. Il faudrait alors laisser des ménages en état de suroccupation, ce qui est souvent le cas dans les situations auxquelles vous faites référence. Cela irait donc à l'encontre du relogement des familles.

Enfin, s'agissant de la condition de trajet, je comprends les habitants de Marseille qui ont dû quitter leur logement et souhaitent être relogés dans leur quartier ou à proximité. Néanmoins, cette condition, vous le savez, n'est pas toujours réalisable. Certains locataires peuvent ne pas vouloir rester dans leur quartier. Surtout, il paraît préférable d'assurer un toit au locataire, même loin de son quartier initial. Exiger une condition de trajet me paraît dès lors extrêmement contraignant.

La commission demande donc le retrait de l'amendement n° 15 ; à défaut, elle a émis un avis défavorable.

L'amendement n° 4 rectifié *bis* tendant à prévoir deux offres de relogement va retarder le relogement effectif de l'occupant par les pouvoirs publics, qui n'interviennent qu'après avoir constaté la défaillance du propriétaire. Le contentieux sur le fait de savoir si l'offre du propriétaire est adaptée ou non risque de doubler, retardant le relogement, ce qui n'est pas l'objectif. Nous cherchons avant tout à obtenir rapidement un résultat. La commission a donc émis un avis défavorable.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Je suis très sensible à l'amendement de Mme la sénatrice Ghali, en écho à la situation vécue à Marseille. Combien de fois les associations et les collectifs des personnes sinistrées m'ont fait part de leur désarroi devant les propositions de relogement, sur lesquelles je m'étais beaucoup impliqué, formulées notamment par les bailleurs sociaux, mais il n'y a pas suffisamment de logements sociaux en centre-ville.

Du fait de la structuration même du bâti, on peut se trouver dans l'incapacité de proposer un logement respectant la même typologie, madame la sénatrice. À ce titre, je demande le retrait de l'amendement ou, à défaut, émettrai un avis défavorable, même si je suis particulièrement sensible à la situation dénoncée.

J'émet les mêmes réserves que Mme la rapporteur sur votre amendement n° 4 rectifié *bis*, madame la sénatrice Guillemot. Je l'ai dit, les sommes bloquées au titre du tiers payant des APL sont reversées dans 95 % des cas, parce que les travaux sont effectués. Nous souhaitons, comme vous, déclarer la guerre aux marchands de sommeil, mais les situations d'indécence, d'insalubrité peuvent être le fait de propriétaires n'ayant pas réalisé les travaux par négligence, incapacité financière... Le fait de leur demander deux offres retarderait énormément les procédures de relogement. C'est pourquoi je demande également le retrait de l'amendement ou, à défaut, émettrai un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Samia Ghali, pour explication de vote.

Mme Samia Ghali. J'entends vos arguments, monsieur le ministre, et je sais combien vous êtes impliqué dans la problématique marseillaise, mais je ne plaisantais pas lorsque j'ai dit que la charte de relogement avait mis sept mois à aboutir. Je sais tout le travail que vous réalisez sur la question du logement, madame la rapporteur, et celui que vous avez accompli à Nice en construisant du logement social, notamment grâce à l'aide à la pierre non utilisée par la ville de Marseille. Si l'on ne vous avait pas laissé faire, nous pourrions peut-être reloger aujourd'hui les habitants de Marseille...

Quoi qu'il en soit, habiter en centre-ville, par exemple, est un choix. Si l'on vous envoie dans une cité à l'autre bout de la ville, où vous n'avez pas vos habitudes, c'est une autre façon de vivre. Les familles s'inquiètent en attendant les enfants qui rentrent tard le soir de l'école et ne savent plus comment faire. Voilà la réalité!

J'évoquais la charte du relogement et le fait de prévoir quelques contraintes afin d'apporter une garantie aux gens qui subissent le péril tout en payant des loyers souvent très élevés – le prix des loyers dans le secteur privé n'est pas celui du logement social, il importe aussi de le rappeler.

Le reportage récemment diffusé sur le service public au sujet du logement insalubre à Marseille montrait notamment la pression exercée par certains propriétaires sur des personnes âgées vulnérables. C'est tout à fait anormal. Après l'émission, un journaliste m'a demandé d'essayer de reloger une dame qui intervenait dans le reportage, parce que cette dame avait reçu des menaces de son propriétaire! Nous devons lutter contre ces pressions, car les personnes vivant dans des logements insalubres ne l'ont pas choisi et paient bien souvent scrupuleusement leur loyer, sinon, croyez-moi, le propriétaire se rappelle à leur bon souvenir! C'est aussi une façon de protéger tout le monde.

Mme la présidente. Il faut conclure, ma chère collègue!

Mme Samia Ghali. Je comprends votre positionnement, mais comprenez aussi le mien. C'est la raison pour laquelle je maintiendrai cet amendement, ne serait-ce que pour les habitants de la rue d'Aubagne qui attendent encore d'être relogés.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Guillemot, pour explication de vote.

Mme Annie Guillemot. Effectivement, nous devons être pragmatiques et efficaces, et je pense que nous envoyons un mauvais signal aux marchands de sommeil, car tout maire qui se respecte aidera le propriétaire pauvre incapable de présenter deux offres. J'ai été maire pendant dix-huit ans, dans le cas des copropriétés privées dégradées, j'ai souvent aidé des propriétaires dans l'incapacité de réaliser les travaux à

reloger leurs locataires dans de bonnes conditions. Le marchand de sommeil, lui, propose un relogement à Tataouine-les-Eaux, qui n'est pas acceptée, et c'est le maire qui se retrouve à devoir faire trois propositions à la famille. C'est pourquoi je vous invite à inverser la situation.

Dans des copropriétés de plusieurs milliers de logements, comme à Marseille aujourd'hui, un maire peut se retrouver avec 160 mises en vente, comme cela m'est arrivé, et donc 160 familles à reloger! Il y a donc un problème. Selon moi, nous sommes dans l'erreur, parce que, sous couvert d'efficacité, tout repose sur le maire.

À Marseille, par exemple, quand les gens ne sont pas responsables, procède-t-on à des réquisitions?

Mme Samia Ghali. Non!

Mme Annie Guillemot. Dans ma commune, j'ai pris cinq mesures de réquisition, ce qui n'était pas pour faire plaisir à tout le monde. Je regrette que cela n'ait pas été fait à Marseille. On est en train de reloger des gens loin de chez eux, en particulier des enfants loin de leur école, Samia Ghali l'a souligné, alors qu'ils n'ont déjà plus rien. Je me souviens d'une lycéenne qui s'est retrouvée sans rien, son logement ayant brûlé, à trois semaines du bac. C'est terrible!

Nous avons commencé à prendre des mesures fortes à l'encontre des marchands de sommeil...

Mme la présidente. Veuillez conclure, ma chère collègue!

Mme Annie Guillemot. ... et s'ils réagissent par des violences sur les locataires, ce n'est pas pour rien!

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

M. Julien Denormandie, ministre. Je partage votre conclusion sur les signaux qui ont été envoyés aux marchands de sommeil, ce qui nécessite un accompagnement très fort des locataires.

Le problème des deux offres, c'est que nous allons provoquer la thrombose de l'ensemble du système, parce qu'il n'y a pas que des marchands de sommeil. Évidemment, le marchand de sommeil fera deux propositions à Tataouine-les-Eaux!

Vous évoquez à juste titre la question des réquisitions. J'ai été interpellé à ce sujet par les collectifs lors d'un énième déplacement à Marseille et j'ai joué cartes sur table, car vous savez aussi bien que moi que la réquisition, dans notre pays, prend des années. Il suffit, par exemple, que le propriétaire présente un pseudo-devis de travaux dans les six mois pour arrêter la procédure.

Mme Samia Ghali. Changeons la loi!

M. Julien Denormandie, ministre. Qu'ai-je fait? J'y suis allé franco, rue de la République, où l'on m'avait signalé des logements vacants. Mes services ont identifié les trois principales foncières et j'ai pu contacter le directeur général de deux d'entre elles. Je leur ai présenté la situation et les ai invitées à faire un acte citoyen: en dix jours, cent logements étaient libérés, qui sont aujourd'hui en voie d'être occupés.

Mme Samia Ghali. Il en faut 1 700!

M. Julien Denormandie, ministre. Pour ce qui est de l'État, je me suis rendu compte que la caserne du Muy, en plein centre-ville, comportait plus d'une dizaine d'appartements susceptibles, après rénovation, d'être mis à disposition. C'est ce que nous avons fait. C'est plus rapide que la réquisition.

Mes services et mon cabinet connaissent mon impatience au sujet de la réquisition. N'oubliez pas, par exemple, que la loi ÉLAN a prévu la réquisition de bureaux pour les transformer en centres d'hébergement d'urgence. Vous connaissez la Constitution aussi bien que moi, le droit de propriété étant ce qu'il est, les procédures sont toujours longues. Au-delà de la réquisition, il convient donc d'identifier les propriétaires, de les appeler à faire un acte citoyen et de libérer ainsi des logements. Cela va souvent plus vite. Je suis sûr que, lorsque vous étiez maire, vous procédiez régulièrement ainsi.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann, pour explication de vote.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Si l'on ne peut pas réquisitionner en France, c'est parce que nous n'avons jamais déployé de stratégie systématique sur le logement vacant. J'insiste sur ce point.

La réquisition agit comme une épée de Damoclès. Nous avons des masses de logements vacants, mais nous ne savons pas s'ils sont vraiment transformables en logements ni combien il faudrait investir pour les rénover... La question des logements se pose pourtant de façon cruciale, de même que celle des logements-tiroirs en cas d'habitat insalubre.

Je me bats depuis longtemps pour rendre obligatoire la connaissance des logements vacants dans les intercommunalités.

Nous devrions absolument informer les propriétaires sur les dispositions d'aide à la rénovation et utiliser l'arme de la réquisition pour ne pas laisser autant de logements vacants sur le territoire national alors que certaines personnes ne sont pas logées dans des conditions décentes.

Quoi qu'il en soit, en l'état actuel des choses, il faut adresser aux propriétaires un signal extrêmement rigoureux sur l'obligation de relogement. Plus ils devront faire de propositions de relogement, moins leurs opérations de marchands de sommeil seront rentables.

Par précaution, je voterai l'amendement n° 4 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillemot, même s'il peut avoir des effets négatifs.

Mais si l'on ne s'attaque pas à la question du relogement au moyen des logements vacants, nous n'arriverons pas à atteindre nos objectifs!

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 15.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Samia Ghali, pour explication de vote sur l'amendement n° 4 rectifié *bis*.

Mme Samia Ghali. Monsieur le ministre, sur la question de la réquisition, vous avez pu, grâce à votre travail, reloger 100 familles dans des logements refaits à neuf que j'ai eu la chance de visiter avec vous. Mais il y a encore des milliers de logements vides rue de la République à Marseille!

Je ne peux donc laisser dire qu'il est impossible de reloger faute de logements sociaux, alors que 34 000 logements sont libres en centre-ville!

Vous avez vu ces logements vacants, monsieur le ministre, et vous comprenez bien que l'on pourrait reloger sans difficulté les 1 500 familles qui ne sont pas encore relogées, dont 300 vivent à l'hôtel et 200 dans un appart-hôtel.

Encore une fois, ne nous cachons pas derrière cette proposition de loi pour nous rassurer et nous donner bonne conscience.

En réalité, la loi permet déjà d'agir, et c'est bien dans ce cadre légal que vous avez inscrit votre action, monsieur le ministre. Quand la volonté politique existe, on peut régler les problèmes. À l'inverse, quand on ne veut pas les régler, il est facile de s'abriter derrière les insuffisances de la loi. On arrive souvent à obtenir beaucoup de choses par la discussion, comme le prouve votre réussite dans le cas que j'ai cité.

Mme la présidente. Ce n'était pas vraiment une explication de vote, ma chère collègue... *(Sourires.)* Dois-je comprendre que vous allez voter l'amendement n° 4 rectifié *bis*?

Mme Samia Ghali. Oui, bien sûr!

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 4 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 22 rectifié est présenté par Mmes Guillemot et Conconne, MM. Lurel et Antiste, Mme Jasmin, MM. Kanner, Daunis et Iacovelli, Mme Artigalas, MM. M. Bourquin, Courteau, Duran, Montaugé et Tissot, Mme Ghali et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 34 est présenté par Mme Estrosi Sassone, au nom de la commission.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant les solutions permettant de remédier aux conséquences de la suppression de l'APL-accession sur la réalisation de travaux par les propriétaires occupants et sur la lutte contre l'habitat indigne, notamment dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution. Le rapport présente également les avantages et les inconvénients d'un rétablissement de l'APL-accession.

La parole est à Mme Catherine Conconne, pour présenter l'amendement n° 22 rectifié.

Mme Catherine Conconne. Monsieur le ministre, si l'on devait décerner la palme de la fausse bonne idée au Gouvernement, on pourrait choisir la suppression de l'APL-accession, un dispositif qui permettrait d'accompagner les ménages à faibles revenus.

Récemment, lors de la conférence du logement qui s'est tenue au ministère des outre-mer, vous nous avez promis de réparer cette erreur, monsieur le ministre. J'ai entendu le Président de la République faire son *mea culpa* sur la suppression de ce dispositif lors du grand débat, et nous attendons donc de vous un certain nombre d'explications.

Ce soir, nous sommes contraints de nous livrer à des contorsions pour essayer de vous interpellé, *via* une demande de rapport, sur l'impérieuse nécessité de rétablir l'APL-accession.

Si vous aviez encore un doute sur le caractère indispensable de cet accompagnement de l'État pour les ménages modestes, je vous invite à la Martinique, monsieur le ministre, un pays où, en 1848, l'abolition de l'esclavage a « libéré » des gens qui

n'avaient rien, sinon leur force de travail, ceux que l'on appelle les *sin tierras* en Amérique latine. Ils ont été poussés hors de leurs habitations parce qu'il fallait désormais les payer et, cahin-caha, ils commencèrent à se reconstruire une vie, se posant ici ou là, sur la terre de l'autre, sur celle de la ville ou sur le littoral, dans la zone des cinquante pas géométriques... Ils ont construit leurs maisons de brique et de broc avec quelques planches et quelques tôles et ils tentent de les améliorer au fur et à mesure.

L'accession de ces personnes aux droits sociaux a été très longue, et nous attendons encore la parution des décrets de la loi relative à l'égalité réelle outre-mer.

Une fois l'âge de la retraite atteint, à 70 ans ou 80 ans, ces personnes touchent entre 300 euros et 500 euros par mois. L'APL accession leur permettait d'emprunter, de réhabiliter des maisons et d'augmenter leur reste à vivre.

Mme la rapporteur et Mme la présidente de la commission des affaires économiques ont vu ce qu'était l'habitat spontané sous nos cieux.

Malheureusement, nous ne pourrions pas demander le rétablissement de cet accompagnement de l'État, qui tomberait sous le coup de l'article 40 de la Constitution et des contraintes budgétaires... D'où la contorsion à laquelle nous nous livrons, en demandant un rapport pour démontrer que la suppression de l'APL accession était vraiment une fausse bonne idée.

Que pouvez-vous nous dire sur ce sujet, monsieur le ministre ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteur, pour présenter l'amendement n° 34.

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Je souscris pleinement à l'intervention de notre collègue Catherine Conconne. Sophie Primas et moi-même lui apportons de nouveau tout notre soutien. Nous avons en effet vu de nos propres yeux l'impact considérable de la disparition de l'APL accession dans la loi de finances pour 2018, plus particulièrement en outre-mer.

Depuis cette suppression, certaines opérations de résorption de l'habitat indigne sont ralenties, voire complètement stoppées – malheureusement, ce dernier cas est le plus fréquent.

Cela représente certes une économie d'environ 50 millions d'euros pour le budget de l'État, mais je vous assure, monsieur le ministre, au vu du nombre considérable d'opérations qui ne se feront pas, que ce n'est pas une bonne idée.

L'arrêt de ces opérations laisse certains de nos concitoyens dans des situations d'habitats spontanés véritablement inhumaines. Ils n'aspirent pourtant qu'à être propriétaires, mais, pour cela, ils ont impérativement besoin de l'APL accession. Tous les témoignages que nous avons recueillis vont dans ce sens.

En effet, chère Sophie Primas, nous pouvons citer l'exemple de Marie-Thérèse, dont le seul souhait est de quitter cet habitat informel dans lequel elle vit depuis de si longues années, mais à condition de devenir propriétaire. Or elle ne pourra pas accéder à la propriété dans l'immédiat, à moins que vous n'annonciez le rétablissement de l'APL accession dans la prochaine loi de finances, monsieur le ministre.

Bien évidemment, nous serons de nouveau tous mobilisés en ce sens. Outre l'arrêt des opérations de résorption de l'habitat indigne, que j'ai déjà mentionné, sa suppression a également eu un impact considérable sur la réalisation de travaux par les propriétaires occupants très modestes.

Toutefois, nous ne pouvons pas demander dans ce texte le rétablissement de l'APL accession, comme nous l'avons fait dans les lois de finances précédentes, et comme nous le ferons de nouveau dans le prochain projet de loi de finances.

C'est pourquoi, même si nous ne sommes pas favorables par principe à cette solution, nous proposons la remise au Parlement d'un rapport qui présenterait les solutions permettant de remédier aux conséquences de la suppression de l'APL accession sur la réalisation des travaux par les propriétaires occupants, particulièrement les plus modestes, mais également sur les moyens de lutte contre l'habitat indigne, notamment en outre-mer.

Mme la présidente. Il faut conclure, madame le rapporteur.

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Ce rapport exposerait également les avantages et les inconvénients d'un rétablissement de l'APL accession. Au regard de l'urgence de la situation, nous demandons que le Gouvernement puisse le remettre dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi.

Mme la présidente. L'amendement n° 18 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 9 rectifié, présenté par Mme Conconne, MM. Lurel et Antiste, Mmes Jasmin et Guillemot, MM. Daunis et Iacovelli, Mme Artigalas, MM. M. Bourquin, Courteau, Duran, Montaugé et Tissot, Mme Ghali, M. Kanner et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. – Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de deux mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les modalités de mise en place d'un dispositif pérenne applicable aux collectivités régies par l'article 73 de la Constitution visant à accompagner les ménages modestes vers l'accession sociale à la propriété et, pour les propriétaires modestes, vers la réhabilitation de leur logement.

II. – En conséquence, faire précéder cet article d'une division additionnelle et de son intitulé ainsi rédigés :

Chapitre ...

Mesures d'urgence pour lutter contre l'habitat indigne et dégradé en Outre-mer

La parole est à Mme Catherine Conconne.

Mme Catherine Conconne. Les amendements n°s 22 rectifié et 34 font le job, mes chers collègues, et je vais retirer l'amendement n° 9 rectifié.

Je me saisis toutefois du temps de parole qui m'est offert pour féliciter la présidente de la commission des affaires économiques, Sophie Primas, et la rapporteur de cette proposition de loi, Dominique Estrosi Sassone.

Leur présence à la Martinique a été remarquée et remarquable : elles ont effectué un excellent travail et ont été extrêmement à l'écoute des populations.

On parle d'habitat insalubre et indigne en France hexagonale, mais, chez nous, il s'agit plutôt d'un habitat spontané qui s'est érigé petit à petit. Lorsque vous étudiez le logement en Martinique, c'est toute l'histoire de ce pays qui se déroule devant vous. Il n'existe pas de meilleure empreinte.

Mes chères collègues, vous avez pris le temps de découvrir ces situations, qui n'ont pas d'équivalent en France hexagonale, et vous avez su trouver les mots pour décrire ce contexte si particulier. Je vous remercie solennellement, mesdames, de vous être déplacées, d'avoir compris les enjeux et d'être aujourd'hui nos meilleures ambassadrices pour dénoncer la fausse bonne idée de la suppression de l'APL accession. (*Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains.*)

Cela étant, le présent amendement étant satisfait, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 9 rectifié est retiré.

Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements identiques n°s 22 rectifié et 34 ?

M. Julien Denormandie, ministre. Nous débattons en effet de ce sujet dans le cadre du projet de loi de finances.

Les conséquences de la suppression de l'APL accession sur la lutte contre l'habitat indigne dans nos territoires ultramarins dépassaient largement l'objet de notre réforme. On ne retrouve pas les mêmes effets en métropole, et c'est en effet une grande différence.

Dans la réforme de l'APL accession, nous nous étions d'ailleurs engagés à mettre en place un système temporaire pour permettre de finaliser et d'accompagner tous les dossiers en cours au début de l'année 2019.

Nous nous étions engagés également à diligenter une mission, afin que les experts du Conseil général de l'environnement et du développement durable, le CGEDD, puissent émettre des préconisations.

Si vous le souhaitez, je m'engage à vous transmettre toutes les informations dont je disposerai dans le cadre de ce rapport afin d'éclairer nos débats sur le prochain projet de loi de finances.

Enfin, lors des assises du logement ultramarin, organisées avec ma collègue Annick Girardin, et auxquelles vous avez participé, madame la sénatrice, nous nous sommes interrogés sur ce que pourrait être un système pérenne de lutte contre l'habitat indigne.

Toutefois, au moment où je vous parle, nous n'avons pas encore atterri (*Mme Catherine Conconne s'exclame.*), et je ne peux pas vous décrire le système définitif que nous retiendrons dans le cadre de la loi de finances.

Mme la présidente. La parole est à M. Fabien Gay, pour explication de vote.

M. Fabien Gay. Si nous avons déposé deux amendements d'appel, monsieur le ministre, c'est pour avoir une réponse claire de votre part. Nous renvoyer simplement au débat budgétaire, c'est un peu court !

Admettez-vous, oui ou non, que la suppression de l'APL accession n'était pas une « fausse bonne idée », mais une très mauvaise idée, qui a eu des conséquences néfastes partout ?

Si vous êtes d'accord avec ce constat, je ne vous demande pas de prendre un engagement ferme et définitif dès aujourd'hui, mais je veux que vous nous promettiez de

travailler sérieusement sur le sujet. Nous avons souvent un débat sérieux avec vous, monsieur le ministre, mais, en l'occurrence, votre réponse est franchement insuffisante.

Je voudrais aussi appuyer nos collègues d'outre-mer. Je me suis rendu en Guyane au mois d'avril et, même en Seine-Saint-Denis, je n'avais jamais vu une telle situation, avec des logements éphémères, spontanés, et en réalité des bidonvilles qui poussent partout sur un territoire français.

Au-delà de l'APL accession se pose donc la question des moyens que nous allons consacrer à la résorption de ce problème. J'ai débattu de ce sujet avec le secrétaire général de la préfecture. S'agissant de la loi ÉLAN, je lui ai dit l'opposition de notre groupe au démantèlement rapide des bidonvilles. En effet, si vous ne proposez pas de logement pérenne, ces derniers repoussent quelques semaines après deux cents mètres plus loin. Il partageait mon point de vue.

Si nous ne construisons pas du logement durable, on peut toujours expulser les gens, mais on ne fera que repousser la misère un peu plus loin. Il va donc falloir un engagement sérieux de votre part et des moyens consacrés à la question de la résorption du logement insalubre, notamment outre-mer.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann, pour explication de vote.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Sur cette question de l'APL accession, le Président de la République a dit des choses extrêmement précises pendant le grand débat.

Monsieur le ministre, confirmez-vous que le Président de la République a bien dit qu'il regrettait que l'on ait supprimé l'APL accession ? Considérez-vous qu'il s'est engagé à la restaurer ? En tout cas, c'est ce que tout le monde a compris. Comme on nous explique que le grand débat a été un moment déterminant en matière d'écoute, je considère pour ma part, après avoir repris les enregistrements, qu'il s'agissait d'un quasi-engagement. Quelle est votre analyse ?

Par ailleurs, le ministère des outre-mer est souvent bien en retard pour agir sur ces sujets. Une proposition a été faite de mettre en place un produit d'accession progressive à la propriété, en tenant compte des revenus des gens. Il y a bien sûr l'APL, mais comme ces personnes ont des revenus très modestes, il existe des systèmes de glissement du remboursement de l'emprunt pour l'adapter aux ressources de ménages. En résumé, quand ils ont des difficultés, c'est un peu moins cher, et, quand ils reviennent à meilleure fortune, ils paient plus. Cette mesure est en train d'être expérimentée.

On a demandé au ministère des outre-mer de nous aider à faire cette expérimentation à une échelle un peu plus importante. Celle-ci va commencer en Guyane, mais on pourrait la faire en Martinique ou à la Guadeloupe. Le rapport à l'accession à la propriété, notamment en Guyane, est d'un autre ordre qu'en métropole. Ces mécanismes existent dans d'autres pays, notamment des pays très pauvres. Il faut que le ministère des outre-mer ait une vision plus innovante des produits d'accession à la propriété très sociale.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Conconne, pour explication de vote.

Mme Catherine Conconne. Monsieur le ministre, je suis déçue de votre réponse. Vous nous dites que vous réfléchissez avant d'atterrir. Mais nous sommes à la mi-juin ! L'été arrive avec ses absences, ses vacances parlementaires, etc. En septembre, nous serons obnubilés par la réforme constitutionnelle. En octobre, nous commencerons à parler budget. À quel moment aurons-nous une réponse ? J'y insiste, vous

avez supprimé l'APL accession sans solution alternative, et, six mois plus tard, vous nous dites que vous n'avez pas atterri ! Je vous prends en flagrant délit de carence, monsieur le ministre. Qu'est-ce que je vais dire, en rentrant, aux habitants de Nord-Plage à Macouba, aux habitants de Trénelles, de Canal-Alaric, de Petite-Rivière-Salée à La Trinité ou de Reynoird au Robert. Vais-je leur dire que M. le ministre n'a pas atterri ? Que les dossiers sont encore en train de s'accumuler dans les bureaux de la direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement, la DEAL, et des opérateurs sociaux ?

Monsieur le ministre, on évite de supprimer un dispositif concernant des personnes en grande difficulté – de 400 euros à 600 euros par mois –, qui ont, pour la plupart, plus de 70 ans, quand on ne sait pas par quoi le remplacer, quand il n'y a pas de solution alternative. On s'adresse à des gens pauvres, en grande difficulté sociale, alors permettez-moi de vous dire que je soutiendrai ces amendements. Franchement, ce soir, vous avez face à vous une élue déçue.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Madame la sénatrice, je ne voudrais pas que vous soyez déçue. Je vous trouve sévère dans vos propos. Quand je dis que l'on n'a pas atterri, je parle du système pérenne. Sur l'année en cours, on a fait en sorte de prendre des dispositions pour pouvoir justement mener à bon port les projets déjà en cours.

La question fondamentale est celle-ci : comment, demain, arriver à avoir un dispositif pérenne pour le financement de la lutte contre l'insalubrité ? Pour ce faire, on sait que l'accession est très clairement un des moyens les plus performants.

Effectivement, on n'a pas encore atterri sur un dispositif pérenne à mettre en place, même si des propositions viennent de nous être faites. D'ailleurs, madame Lienemann, je vous propose d'en parler ensemble pour trouver les meilleures solutions.

Pour répondre également au sénateur Gay, je rappelle que vous étiez là, il y a très peu de temps, lorsque l'on a annoncé avec Action Logement un plan de relance pour le logement de 9 milliards d'euros. Sur cette somme, on consacre 1,5 milliard d'euros à la rénovation et à la construction de logements dans les territoires ultramarins. Sur le constat que vous faites en Guyane, vous avez mille fois raison, mais dites-moi objectivement : depuis combien de temps un tel effort n'avait-il pas été fait ? Évidemment, tout ne va pas changer du jour au lendemain. J'ai l'humilité de le reconnaître, mais nous sommes en plein effort.

Madame la sénatrice, ne sortez surtout pas déçue. Je vous propose de poursuivre le travail sur le sujet. On peut me reprocher des décisions prises, en revanche vous ne pouvez pas douter de mon état d'esprit et de ma volonté de trouver les meilleures solutions. Je m'engage à le faire avec vous. (*M. Fabien Gay s'exclame.*) Ce n'est pas pour balayer vos propositions d'un revers de la main, monsieur le sénateur. Vous le savez très bien, ce n'est ni mon genre ni la réalité. Ces dispositions seront évidemment discutées en loi de finances, mais tout cela se prépare. (*Mme Marie-Noëlle Lienemann s'exclame.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Guillemot, pour explication de vote.

Mme Annie Guillemot. Je veux bien sûr appuyer ce que vient de dire Catherine Conconne. C'est l'ensemble de la commission, d'ailleurs, qui va faire de même, car il y a

urgence. Vous dites avoir pris des engagements que l'on reverra, mais c'est bien l'ensemble du logement qui est en crise aujourd'hui. Lors de l'audition sur la politique de la ville, nous avons bien vu que la réforme de l'APL n'était toujours pas en cours. Un certain nombre de projets ou d'actions ne sont pas adaptés. Des erreurs ont été faites, notamment sur l'APL accession.

Le problème ne se pose pas seulement en outre-mer. Lorsque j'ai dû démolir de grandes barres, j'ai vu qu'il y avait 30 à 40 familles sur 400 qui pouvaient accéder à la propriété. Pour ces 40 familles, le taux moyen d'APL accession était de 180 euros à 185 euros par mois. Cela leur a permis, avec une aide au foncier de la métropole de Lyon et de la ville de Bron, d'acquiescer. Aujourd'hui, elles ne le peuvent plus. L'APL accession, qui ne coûte que 50 millions d'euros, permettait à des familles, dont le logement était démolé dans le cadre des programmes de l'ANRU, d'accéder à la propriété.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Avec le PTZ !

Mme Annie Guillemot. Bien sûr !

Aujourd'hui, on est en panne. On va s'apercevoir que, sur les programmes de l'ANRU, on n'y arrive plus, alors que les collectivités, les EPCI, les métropoles font beaucoup d'efforts sur l'aide au foncier. La réforme de l'APL, sa revalorisation à 0,3 % au lieu de 1,8 % sont de graves erreurs. Il faut entendre ce que dit Catherine Conconne : malheureusement, monsieur le ministre, ce genre de réforme frappe les plus pauvres des plus pauvres.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 22 rectifié et 34.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans la proposition de loi, après l'article 4 *ter*.

L'amendement n° 23, présenté par Mme Jasmin, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport relatif aux zones des cinquante pas géométriques en outre-mer, pour permettre les opérations de résorption de l'habitat insalubre ou dangereux au regard des risques climatiques ou sismiques dans ces zones.

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Il s'agit non pas d'APL, mais de l'occupation de la zone des cinquante pas géométriques. En outre-mer, particulièrement en Guadeloupe, on constate une occupation de la bande littorale par des habitats spontanés. C'est évidemment dangereux, parce que nous sommes confrontés à des risques naturels majeurs, notamment les ouragans et les cyclones.

Avec cet amendement, je demande un rapport du Gouvernement, d'une part, pour permettre de prendre en compte ces situations, et, d'autre part, pour faire en sorte que les différents acteurs – Conservatoire du littoral, communes, associations environnementales – prennent des mesures pour parer les difficultés que l'on déplore systématiquement après les ouragans et les cyclones. J'en profite pour remercier

Mmes Estrosi Sassone et Primas, que j'ai entendues sur Radio Caraïbes International, lors de leur passage en Guadeloupe. Je souscris à tout ce qui a été dit.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Je partage bien évidemment ce que vient de dire Mme Jasmin, mais je sollicite néanmoins le retrait de son amendement, faute de quoi j'y serai défavorable. Vous faites référence à la zone des cinquante pas géométriques en outre-mer. Nous avons pu entendre parler par le préfet de la Martinique d'une opération particulièrement sensible. Au moment où nous étions sur place, il y avait d'ailleurs des manifestations d'habitants de ces zones. En l'espèce, néanmoins, je pense qu'il vaudrait mieux demander à contrôler l'application de la loi Letchimy, qui a déjà beaucoup fait avancer les choses en matière d'habitat informel et d'habitat indigne en outre-mer.

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

M. Julien Denormandie, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Madame Jasmin, maintenez-vous votre amendement ?

Mme Victoire Jasmin. Non, madame la présidente, je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 23 est retiré.

Chapitre II

ACCÉLÉRER LES RÉPONSES AUX SITUATIONS D'INSALUBRITÉ ET DE DANGÉROSITÉ DES IMMEUBLES

(Division et intitulé supprimés)

Articles 5 et 6 *(Supprimés)*

Chapitre III

RENFORCER L'EFFICACITÉ DES SANCTIONS CONTRE LES MARCHANDS DE SOMMEIL

Articles additionnels avant l'article 7

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 5 rectifié, présenté par Mme Guillemot, MM. Daunis et Iacovelli, Mmes Conconne, Ghali et Artigalas, MM. M. Bourquin, Courteau, Duran, Montaugé, Tissot, Kanner et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Avant l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le IV de l'article L. 521-3-2 du code de la construction et de l'habitation est ainsi rédigé :

« IV. – Lorsqu'une personne publique, un organisme d'habitations à loyer modéré, une société d'économie mixte ou un organisme à but non lucratif a assuré le relogement, un arrêté du maire ou du préfet fixe l'indemnisation du relogement due par le propriétaire ou l'exploitant soit sous la forme d'un versement forfaitaire

de dix-huit mois de loyer prévisionnel, soit sous la forme du paiement d'un droit de réservation auprès d'un organisme de logement social désigné par l'arrêté. »

Madame Guillemot, pouvez-vous nous présenter en même temps l'amendement n° 6 rectifié ?

Mme Annie Guillemot. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 6 rectifié, présenté par Mme Guillemot, MM. Daunis et Iacovelli, Mmes Conconne, Ghali et Artigalas, MM. M. Bourquin, Courteau, Duran, Montaugé, Tissot, Kanner et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Avant l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au IV de l'article L. 521-3-2 du code de la construction et de l'habitation, les mots : « un an » sont remplacés par les mots : « dix-huit mois ».

La parole est à Mme Annie Guillemot.

Mme Annie Guillemot. L'indemnité représentative des frais engagés pour le relogement en cas de défaillance du propriétaire est limitée actuellement à un an de loyer prévisionnel. Il est proposé de renforcer l'indemnisation due par les propriétaires indécents ou marchands de sommeil. Nous souhaitons en effet porter l'indemnité de relogement à dix-huit mois de loyer au lieu d'un an, et ce sans aucun état d'âme.

Cet amendement vise également à permettre aux maires d'imposer au propriétaire ou à l'exploitant défaillant de s'acquitter d'un droit de réservation auprès d'un organisme d'HLM. Finalement, c'est comme une réquisition. Il n'y a pas de raison que l'on ne puisse pas le faire avec un marchand de sommeil. Alors que les procédures judiciaires sont très longues, avec des résultats qui ne sont pas toujours à la hauteur des attentes, cette proposition permettra à l'autorité compétente de sanctionner plus fortement le marchand de sommeil qui aura exploité pendant des années des personnes en situation d'extrême vulnérabilité. Qu'il paie 13 000 euros à 15 000 euros de droit de réservation auprès d'un organisme d'HLM serait, à mon sens, une bonne leçon.

L'amendement n° 6 rectifié est un amendement de repli, qui vise seulement à porter l'indemnité de relogement à dix-huit mois de loyer au lieu d'un an.

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

Mme Dominique Estrosi Sassone, rapporteur. Je sollicite le retrait de ces deux amendements, faute de quoi j'y serai défavorable.

Par l'amendement n° 5 rectifié, vous demandez d'abord que, en l'absence de critères, le choix relève du maire ou du préfet. Je pense que cela peut être sujet à contentieux. Je m'interroge ensuite sur le fait d'imposer un droit de réservation, car cela me semble particulièrement complexe à mettre en œuvre sur le plan opérationnel. En effet, on va multiplier le nombre de réservataires pour les bailleurs sociaux, ce qui ne va pas forcément dans le sens d'une simplification. Enfin, je me suis longuement interrogée sur l'augmentation de l'indemnité d'un an à un an et demi. Nous préférons retenir le paiement d'un an de loyer, ce qui est déjà assez considérable. Je vous propose d'en rester là. Ce dernier argument vaut également pour l'amendement n° 6 rectifié.

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

M. Julien Denormandie, ministre. J'émet le même avis, pour les mêmes raisons. De plus, l'amendement de repli ne vise que les bailleurs indélicats ou les marchands de sommeil, ce qui nous renvoie à la discussion que nous avons eue sur la question de l'applicabilité de la disposition, qui est très complexe. Je partage votre combat, mais je pense qu'il est très difficile de répondre favorablement à la solution que vous préconisez.

Mme la présidente. Madame Guillemot, que souhaitez-vous faire ?

Mme Annie Guillemot. Je les maintiens, car il importe de taper au porte-monnaie. Sinon, tout va continuer, et les marchands de sommeil auront toujours, je le répète, une longueur d'avance. Ne tergiversons pas trop !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 5 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 6 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 7

Au premier alinéa de l'article L. 634-4 du code de la construction et de l'habitation, le montant : « 5 000 € » est remplacé par les mots : « 10 000 € ou, en cas de nouveau manquement dans un délai de trois ans, à 20 000 € » et les mots : « l'Agence nationale de l'habitat » sont remplacés par les mots : « l'établissement public de coopération intercommunale, ou à défaut à la commune, qui a délimité des zones soumises à déclaration de mise en location en application de l'article L. 634-1 ». – *(Adopté.)*

Article 8

- ① L'article L. 635-7 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :
- ② 1° Les deux premiers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Lorsqu'une personne met en location un logement sans disposer de l'autorisation prévue au présent chapitre auprès de l'établissement public de coopération intercommunale compétent en matière d'habitat ou, à défaut, de la commune, le représentant de l'État dans le département peut, après avoir informé l'intéressé de la possibilité de présenter ses observations dans un délai déterminé, ordonner le paiement d'une amende au plus égale à 15 000 €. En cas de nouveau manquement dans un délai de trois ans, le montant maximal de cette amende est porté à 30 000 €. » ;
- ④ 2° Au troisième alinéa, les mots : « aux deux premiers alinéas » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa » et les mots : « l'Agence nationale de l'habitat » sont remplacés par les mots : « l'établissement public de coopération intercommunale, ou à défaut à la commune, qui a délimité des zones soumises à autorisation préalable de mise en location en application de l'article L. 635-1 ». – *(Adopté.)*

Article 9

- ① Le premier alinéa de l'article 2-10 du code de procédure pénale est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :
- ② « Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits ayant, en vertu de ses statuts, vocation à lutter contre l'exclusion sociale ou culturelle des personnes en état de grande pauvreté ou en raison de leur situation de famille ou contre l'habitat insalubre et l'hébergement incompatible avec la dignité humaine peut exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne :
- ③ « 1° Les infractions réprimées par les articles 225-2, 225-14 et 432-7 du code pénal ;
- ④ « 2° Les infractions réprimées par les V et VI de l'article L. 123-3 et le I de l'article L. 511-15 du code de la construction et de l'habitation ;
- ⑤ « 3° Les infractions réprimées par le I de l'article L. 521-4 du même code.
- ⑥ « Toutefois, l'association ne sera recevable dans son action que si elle justifie avoir reçu l'accord de la victime ou, si celle-ci est un mineur ou un majeur protégé, celui de son représentant légal, sauf pour les infractions mentionnées aux 2° et 3° du présent article. » – *(Adopté.)*

Article additionnel après l'article 9

Mme la présidente. L'amendement n° 21 n'est pas soutenu.

VOTE SUR L'ENSEMBLE

Mme la présidente. Personne ne demande la parole?...

Je mets aux voix, dans le texte de la commission, modifié, l'ensemble de la proposition de loi visant à améliorer la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux.

(La proposition de loi est adoptée.) – (Applaudissements.)

10

ORDRE DU JOUR

Mme la présidente. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, mercredi 12 juin 2019 :

À huit heures :

Débat sur le bilan de l'application des lois, en salle Clemenceau.

À quinze heures :

Lecture d'une déclaration de politique générale.

De seize heures à vingt heures :

(Ordre du jour réservé au groupe CRCE)

Proposition de loi créant un statut de l'élu communal, présentée par M. Pierre-Yves Collombat et plusieurs de ses collègues (texte n° 305, 2018-2019).

Proposition de loi visant à instaurer un droit effectif à l'accès à l'énergie et à lutter contre la précarité énergétique, présentée par M. Fabien Gay, Mme Éliane Assassi et plusieurs de leurs collègues (texte n° 260, 2018-2019).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée le mercredi 12 juin 2019, à une heure cinq.)

Direction des comptes rendus

ÉTIENNE BOULENGER

**QUESTION(S) ORALE(S)
REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT**

*Prise en charge des transports assurés par le service
départemental d'incendie et de secours*

N° 0843 – Le 13 juin 2019 – **M. Antoine Lefèvre** attire l'attention de **Mme la ministre des solidarités et de la santé** sur le non-remboursement par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) des trajets effectués par le service départemental d'incendie et de secours (SDIS). Cette question fait

suite à celle qu'il a déjà adressée le 6 juillet 2017 (question écrite n° 31, p. 2 133), et à laquelle elle avait répondu (19 avril 2018, p. 1 948) avoir missionné conjointement l'inspection générale de l'administration et l'inspection générale des affaires sociales afin de trouver des solutions à ce problème. Malheureusement plus d'un an et demi après la mise en place de cette mission, le problème n'a pas été réglé puisque les sapeurs-pompiers ne sont toujours pas payés pour les transports assurés pour le compte des hôpitaux. Cette problématique récurrente touche l'ensemble de nos zones rurales et le SMUR ne peut assurer l'ensemble des transports sur des territoires aussi vastes. Les sapeurs-pompiers, qui les aident dans ce domaine, facturent donc les hôpitaux 346 € par trajet, mais sans jamais être payés. Rien que pour l'Aisne, on parle de 3 200 trajets par an soit une dette du SMUR pour le SDIS de 1,2 million par an.

En conséquence, il souhaiterait connaître les conclusions des deux inspections générales missionnées en janvier 2018 et leurs propositions afin de régler cette dette du SMUR.

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la séance

du mardi 11 juin 2019

SCRUTIN N° 147

sur la demande de seconde délibération de l'article 28 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	320
Suffrages exprimés	319
Pour	232
Contre	87

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 143

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Contre : 71

Abstention : 1 M. Jean-Michel Houllegatte

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 51

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Pour : 23

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

N'ont pas pris part au vote : 23

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Contre : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Pour : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 2 M. Philippe Adnot, Mme Claudine Kauffmann

N'ont pas pris part au vote : 4

Ont voté pour :

<p>Philippe Adnot Pascal Allizard Michel Amiel Serge Babary Julien Bargeton Philippe Bas Jérôme Bascher Arnaud Bazin Arnaud de Belenet Martine Berthet Anne-Marie Bertrand Jérôme Bignon Annick Billon Jean Bizet Jean-Marie Bockel Christine Bonfanti-Dossat François Bonhomme Bernard Bonne Philippe Bonnecarrère Pascale Bories Gilbert Bouchet Céline Boulay-Espéronnier Yves Bouloux Jean-Marc Boyer Max Brisson Marie-Thérèse Bruguière François-Noël Buffet Bernard Buis Olivier Cadic François Calvet Christian Cambon Agnès Canayer Michel Canevet Vincent Capocanellas Emmanuel Capus Marta de Cidrac Françoise Cartron Alain Cazabonne Bernard Cazeau Anne Chain-Larché Patrick Chaize Pierre Charon Daniel Chasseing Alain Chatillon Marie-Christine Chauvin Guillaume Chevrollier Marta de Cidrac Olivier Cigolotti Édouard Courtial Pierre Cuypers Philippe Dallier René Danesi</p>	<p>Laure Darcos Mathieu Darnaud Marc-Philippe Daubresse Jean-Pierre Decool Robert del Picchia Vincent Delahaye Bernard Delcros Annie Delmont-Koropoulis Michel Dennemont Gérard Dériot Catherine Deroche Jacky Deromedi Chantal Deseyne Yves Détraigne Catherine Di Folco Nassimah Dindar Élisabeth Doineau Philippe Dominati Daniel Dubois Alain Dufaut Catherine Dumas Laurent Duplomb Nicole Duranton Jean-Paul Émorine Dominique Estrosi Sassone Jacqueline Eustache-Brinio Françoise Férat Michel Forissier Alain Fouché Bernard Fournier Catherine Fournier Christophe-André Frassa Pierre Frogier Joëlle Garriaud-Maylam Françoise Gatel André Gattolin Jacques Genest Frédérique Gerbaud Bruno Gilles Jordi Ginesta Colette Giudicelli Nathalie Goulet Sylvie Goy-Chavent Jean-Pierre Grand Daniel Gremillet François Grosdidier Jacques Groperrin Pascale Gruny Charles Guené Joël Guerriau Jocelyne Guidez</p>	<p>Abdallah Hassani Claude Haut Olivier Hantou Loïc Hervé Alain Houpert Jean-Raymond Hugonet Benoît Huré Jean-François Husson Corinne Imbert Jean-Marie Janssens Sophie Joissains Muriel Jourda Alain Joyandet Antoine Karam Roger Karoutchi Claudine Kauffmann Guy-Dominique Kennel Claude Kern Laurent Lafon Jean-Louis Lagourgue Marc Laménie Élisabeth Lamure Christine Lanfranchi Dorgal Florence Lassarade Robert Laufoaulu Michel Laugier Daniel Laurent Nuihau Laurey Christine Lavarde Ronan Le Gleut Jacques Le Nay Antoine Lefèvre Dominique de Legge Jean-Pierre Leleux Henri Leroy Valérie Létard Martin Lévrier Brigitte Lherbier Anne-Catherine Loisier Jean-François Longeot Gérard Longuet Vivette Lopez Pierre Louault Jean-Claude Luche Michel Magras Viviane Malet Claude Malhuret Didier Mandelli Alain Marc Frédéric Marchand Hervé Marseille Hervé Maurey Jean-François Mayet</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pierre Médevielle
Colette Mélot
Franck Menonville
Marie Mercier
Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Moga
Thani Mohamed
Soilihi
Albéric de Montgolfier
Patricia Morhet-
Richaud
Catherine Morin-
Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Robert Navarro
Louis-Jean de Nicolaÿ
Sylviane Noël
Claude Nougéin
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul

Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Rémy Pointereau
Ladislav Poniatowski
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Christophe Priou
Catherine Procaccia
Sonia de la Provôté
Frédérique Ruisant
Isabelle Raimond-
Pavero
Michel Raison
Didier Rambaud
Françoise Ramond
Jean-François Rapin
Noëlle Rauscent
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-
Garabedian
Bruno Retailleau
Charles Revet

Alain Richard
Marie-Pierre Richer
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Patricia Schillinger
Alain Schmitz
Vincent Segouin
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Claudine Thomas
Catherine Troendlé
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Michel Vaspart
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Michèle Vullien
Dany Wattebled
Richard Yung

Ont voté contre :

Maurice Antiste
Cathy Apourceau-Poly
Viviane Artigalas
Éliane Assassi
David Assouline
Esther Benbassa
Claude Bérit-Débat
Jacques Bigot
Joël Bigot
Maryvonne Blondin
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Martial Bourquin
Michel Boutant
Céline Brulin
Thierry Carcenac
Laurence Cohen
Pierre-Yves Collombat
Catherine Conconne
Hélène Conway-
Mouret
Roland Courteau
Cécile Cukierman
Michel Dagbert
Yves Daudigny
Marc Daunis
Gilbert-Luc Devinaz
Jérôme Durain
Alain Duran
Vincent Éblé

Frédérique Espagnac
Rémi Féraud
Corinne Féret
Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
Fabien Gay
Samia Ghali
Guillaume Gontard
Marie-Pierre de la
Gontrie
Michelle Gréaume
Nadine Grelet-
Certenais
Annie Guillemot
Laurence Harribey
Xavier Iacovelli
Olivier Jacquin
Victoire Jasmin
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Patrick Kanner
Éric Kerrouche
Bernard Lalande
Pierre Laurent
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Marie-Noëlle
Lienemann
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin

Victorin Lurel
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard
Magner
Christian Manable
Didier Marie
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Pierre Ouzoulias
Marie-Françoise Perol-
Dumont
Angèle Préville
Christine Prunaud
Claude Raynal
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Laurence Rossignol
Pascal Savoldelli
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Sophie Taillé-Polien
Rachid Temal
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville
Jean-Marc Todeschini
Jean-Louis Tourenne
André Vallini
Sabine Van Heghe
Yannick Vaugrenard

Abstention :

Jean-Michel Houllegatte.

N'ont pas pris part au vote :

Guillaume Arnell
Stéphane Artano
Alain Bertrand
Henri Cabanel
Maryse Carrère
Joseph Castelli
Yvon Collin
Jean-Pierre Corbisez
Josiane Costes

Ronan Dantec
Nathalie Delattre
Jean-Marc Gabouty
Éric Gold
Jean-Noël Guérini
Véronique Guillotini
Christine Herzog
Éric Jeansannetas
Mireille Jouve

Fabienne Keller
Joël Labbé
Françoise Laborde
Olivier Léonhardt
Jean Louis Masson
Stéphane Ravier
Jean-Claude Requier
Jean-Yves Roux
Raymond Vall

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 148

sur l'amendement n° A-1, présenté en seconde délibération par M. Alain Milon au nom de la commission des affaires sociales, tendant à supprimer l'article 28 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	312
Suffrages exprimés	307
Pour	205
Contre	102

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Pour : 143

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Pour : 1 M. Jean-Michel Houllegatte

Contre : 71

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 39

Contre : 3 M. Olivier Cadic, Mmes Nathalie Goulet, Dominique Vérien

Abstention : 1 M. Olivier Henno

N'ont pas pris part au vote : 8 Mme Annick Billon, MM. Philippe Bonnacarrère, Vincent Delahaye, Bernard Delcros, Mmes Nassimah Dindar, Catherine Fournier, Valérie Létard, Sonia de la Provôté

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Pour : 10 MM. Michel Amiel, Arnaud de Belenet, Bernard Cazeau, Claude Haut, Martin Lévrier, Robert Navarro, Georges Patient, François Patriat, Mme Noëlle Rauscent, M. Alain Richard

Contre : 12

Abstention : 1 M. André Gattolin

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

N'ont pas pris part au vote : 23

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Contre : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Pour : 9

Abstention : 3 MM. Joël Guerriau, Claude Malhuret, Franck Menonville

N'a pas pris part au vote : 1 M. Robert Laufoaulu

REUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Michel Amiel
Serge Babary
Philippe Bas
Jérôme Bascher
Arnaud Bazin
Arnaud de Belenet
Martine Berthet
Anne-Marie Bertrand
Jérôme Bignon
Jean Bizet
Jean-Marie Bockel
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
Bernard Bonne
Pascale Bories
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-Espéronnier
Yves Bouloux
Jean-Marc Boyer
Max Brisson
Marie-Thérèse Bruguère
François-Noël Buffet
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet
Vincent Capocanellas
Emmanuel Capus
Jean-Noël Cardoux
Alain Cazabonne
Bernard Cazeau
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Marie-Christine Chauvin
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Édouard Courtial
Pierre Cuypers
Philippe Dallier
René Danesi
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe Daubresse
Jean-Pierre Decool
Robert del Picchia
Annie Delmont-Koropoulis
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Philippe Dominati

Daniel Dubois
Alain Dufaut
Catherine Dumas
Laurent Duplomb
Nicole Duranton
Jean-Paul Émorine
Dominique Estrosi Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Françoise Férat
Michel Forissier
Alain Fouché
Bernard Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
Jacques Genest
Frédérique Gerbaud
Bruno Gilles
Jordi Ginesta
Colette Giudicelli
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Gresperrin
Pascale Gruny
Charles Guéné
Jocelyne Guidez
Claude Haut
Loïc Hervé
Christine Herzog
Jean-Michel Houllégatte
Alain Houpert
Jean-Raymond Hugonet
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Jean-Marie Janssens
Sophie Joissains
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Claudine Kauffmann
Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Laurent Lafon
Jean-Louis Lagourgue
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Christine Lanfranchi Dorgal
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Nuihau Laurey
Christine Lavarde
Ronan Le Gleut
Jacques Le Nay
Antoine Lefèvre

Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Henri Leroy
Martin Lévrier
Brigitte Lherbier
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Pierre Louault
Jean-Claude Luche
Michel Magras
Viviane Malet
Didier Mandelli
Alain Marc
Hervé Marseille
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Pierre Médevielle
Colette Mélot
Marie Mercier
Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Moga
Albéric de Montgolfier
Patricia Morhet-Richaud
Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Robert Navarro
Louis-Jean de Nicolaÿ
Sylviane Noël
Claude Nougéin
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Rémy Pointereau
Ladislav Poniatowski
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Christophe Priou
Catherine Procaccia
Frédérique Puissat
Isabelle Raimond-Pavero
Michel Raison
Françoise Ramond
Jean-François Rapin
Noëlle Rauscent
Damien Regnard
André Reichardt

Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Charles Revet
Alain Richard
Marie-Pierre Richer
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary

Michel Savin
Alain Schmitz
Vincent Segouin
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Lana Tetuanui
Claudine Thomas
Catherine Troendlé

Jean-Marie Vanlerenberghe
Michel Vaspert
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Michèle Vullien
Dany Wattedled

Ont voté contre :

Maurice Antiste
Cathy Apourceau-Poly
Viviane Artigalas
Éliane Assassi
David Assouline
Julien Bargeton
Esther Benbassa
Claude Bérît-Débat
Jacques Bigot
Joël Bigot
Maryvonne Blondin
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Martial Bourquin
Michel Boutant
Céline Brulin
Bernard Buis
Olivier Cadic
Thierry Carcenac
Françoise Cartron
Laurence Cohen
Pierre-Yves Collombat
Catherine Conconne
Hélène Conway-Mouret
Roland Courteau
Cécile Cukierman
Michel Dagbert
Yves Daudigny
Marc Daunis
Michel Dennemont
Gilbert-Luc Devinaz
Jérôme Durain
Alain Duran
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac

Rémi Féraud
Corinne Féret
Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
Fabien Gay
Samia Ghali
Guillaume Gontard
Marie-Pierre de la Gontrie
Nathalie Goulet
Michelle Gréaume
Nadine Grelet-Certenais
Annie Guillemot
Laurence Harribey
Abdallah Hassani
Xavier Iacovelli
Olivier Jacquin
Victoire Jasmin
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Patrick Kanner
Antoine Karam
Éric Kerrouche
Bernard Lalande
Pierre Laurent
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Marie-Noëlle Lienemann
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Victorin Lurel
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard Magnier

Christian Manable
Frédéric Marchand
Didier Marie
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Thani Mohamed Soilihi
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Pierre Ouzoulias
Marie-Françoise Perol-Dumont
Angèle Préville
Christine Prunaud
Didier Rambaud
Claude Raynal
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Laurence Rossignol
Pascal Savoldelli
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Sophie Taillé-Polian
Rachid Temal
Dominique Théophile
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville
Jean-Marc Todeschini
Jean-Louis Tourenne
André Vallini
Sabine Van Heghe
Yannick Vaugrenard
Dominique Vérien
Richard Yung

Abstentions :

André Gattolin
Joël Guerriau

Olivier Henno
Claude Malhuret

Franck Menonville

N'ont pas pris part au vote :

Guillaume Arnell
Stéphane Artano
Alain Bertrand
Annick Billon
Philippe Bonhecarrère
Henri Cabanel
Maryse Carrère
Joseph Castelli
Yvon Collin
Jean-Pierre Corbisez
Josiane Costes
Ronan Dantec

Vincent Delahaye
Nathalie Delattre
Bernard Delcros
Nassimah Dindar
Catherine Fournier
Jean-Marc Gabouty
Éric Gold
Jean-Noël Guérini
Véronique Guillotin
Éric Jeansannetas
Mireille Jouve
Fabienne Keller

Joël Labbé
Françoise Laborde
Robert Laufoaulu
Olivier Léonhardt
Valérie Létard
Jean Louis Masson
Sonia de la Provôté
Stéphane Ravier
Jean-Claude Requier
Jean-Yves Roux
Raymond Vall

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 149

sur l'ensemble du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Nombre de votants	335
Suffrages exprimés	312
Pour	219
Contre	93

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Pour : 120

Contre : 7 MM. Pierre Cuypers, Laurent Duplomb, Daniel Gremillet, Sébastien Meurant, Michel Raison, Vincent Segouin, Michel Vaspert

Abstention : 13 MM. Pascal Allizard, Jean-Marc Boyer, Mme Marta de Cidrac, MM. Jacques Genest, Alain Houpert, Jean-Raymond Hugonet, Guy-Dominique Kennel, Antoine Lefèvre, Dominique de Legge, Jean-François Mayet, Olivier Paccaud, Stéphane Piednoir, Damien Regnard

N'ont pas pris part au vote : 4 M. Gérard Larcher - Président du Sénat Mme Catherine Dumas, *MM. Jean-Pierre Leleux, Jean Pierre Vogel

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Contre : 68

N'ont pas pris part au vote : *4 MM. Michel Boutant, Jean-Yves Leconte, Mme Claudine Lepage, M. Jean-Jacques Lozach

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 45

Abstention : 5 MM. Jean-François Longeot, Hervé Maurey, Jean-Marie Mizzon, Jean-Pierre Moga, Mme Sonia de la Provôté

N'a pas pris part au vote : 1 Mme Nathalie Goulet

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Pour : 22

N'a pas pris part au vote : 1 M. Robert Navarro

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 18

Contre : 1 M. Joël Labbé

Abstention : 3 MM. Henri Cabanel, Olivier Léonhardt, Raymond Vall

N'a pas pris part au vote : 1 M. Ronan Dantec

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Contre : 15

N'a pas pris part au vote : 1 M. Éric Bocquet

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Pour : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 1 M. Philippe Adnot

Contre : 2

Abstention : 2

N'a pas pris part au vote : 1 Mme Fabienne Keller

Ont voté pour :

Philippe Adnot	Jacky Deromedi	Valérie Létard
Michel Amiel	Chantal Deseyne	Martin Lévrier
Guillaume Arnell	Yves Détraigne	Brigitte Lherbier
Stéphane Artano	Catherine Di Folco	Anne-Catherine Loisier
Serge Babary	Nassimah Dindar	Gérard Longuet
Julien Bargeton	Élisabeth Doineau	Vivette Lopez
Philippe Bas	Philippe Dominati	Pierre Louault
Jérôme Bascher	Daniel Dubois	Jean-Claude Luche
Arnaud Bazin	Alain Dufaut	Michel Magras
Arnaud de Belenet	Nicole Duranton	Viviane Malet
Martine Berthet	Jean-Paul Émorine	Claude Malhuret
Alain Bertrand	Dominique Estrosi Sassone	Didier Mandelli
Anne-Marie Bertrand	Jacqueline Eustache-Brinio	Alain Marc
Jérôme Bignon	Françoise Férat	Frédéric Marchand
Annick Billon	Michel Forissier	Hervé Marseille
Jean Bizet	Alain Fouché	Pierre Médevielle
Jean-Marie Bockel	Bernard Fournier	Colette Mélon
Christine Bonfanti-Dossat	Catherine Fournier	Frank Menonville
François Bonhomme	Christophe-André Frassa	Marie Mercier
Bernard Bonne	Pierre Frogier	Brigitte Micouleau
Philippe Bonnacarrère	Jean-Marc Gabouty	Alain Milon
Pascale Bories	Joëlle Garriaud-Maylam	Thani Mohamed Soilihi
Gilbert Bouchet	Françoise Gatel	Albéric de Montgolfier
Céline Boulay-Espéronnier	André Gattolin	Patricia Morhet-Richaud
Yves Bouloux	Frédérique Gerbaud	Catherine Morin-Desailly
Max Brisson	Bruno Gilles	Jean-Marie Morisset
Marie-Thérèse Bruguière	Jordi Ginesta	Philippe Mouiller
François-Noël Buffet	Colette Giudicelli	Philippe Nachbar
Bernard Buis	Éric Gold	Louis-Jean de Nicolaj
Olivier Cadic	Sylvie Goy-Chavent	Sylviane Noël
François Calvet	Jean-Pierre Grand	Claude Nougein
Christian Cambon	François Grosdidier	Jean-Jacques Panunzi
Agnès Canayer	Jacques Groperrin	Georges Patient
Michel Canevet	Pascale Gruny	François Patriat
Vincent Capocanellas	Charles Guené	Philippe Paul
Emmanuel Capus	Jean-Noël Guérini	Cyril Pellevat
Jean-Noël Cardoux	Joël Guerriau	Philippe Pemezec
Maryse Carrère	Jocelyne Guidez	Cédric Perrin
Olivier Cartron	Véronique Guillotin	Évelyne Perrot
Joseph Castelli	Abdallah Hassani	Jackie Pierre
Alain Cazabonne	Claude Haut	Gérard Poadja
Bernard Cazeau	Olivier Henno	Rémy Pointereau
Anne Chain-Larché	Loïc Hervé	Ladislav Poniatowski
Patrick Chaize	Benoît Huré	Sophie Primas
Pierre Charon	Jean-François Husson	Jean-Paul Prince
Daniel Chasseing	Corinne Imbert	Christophe Priou
Alain Chatillon	Jean-Marie Janssens	Catherine Procaccia
Marie-Christine Chauvin	Éric Jeansannetas	Frédérique Puissat
Guillaume Chevrollier	Sophie Joissains	Isabelle Raimond-Pavero
Olivier Cigolotti	Muriel Jourda	Didier Rambaud
Yvon Collin	Mireille Jouve	Françoise Ramond
Jean-Pierre Corbisez	Alain Joyandet	Jean-François Rapin
Josiane Costes	Antoine Karam	Noëlle Rauscent
Édouard Courtial	Roger Karoutchi	André Reichardt
Philippe Dallier	Claude Kern	Évelyne Renaud-Garabedian
René Danesi	Françoise Laborde	Jean-Claude Requier
Laure Darcos	Laurent Lafon	Bruno Retailleau
Mathieu Darnaud	Jean-Louis Lagourgue	Charles Revet
Marc-Philippe Daubresse	Marc Laménie	Alain Richard
Jean-Pierre Decool	Élisabeth Lamure	Marie-Pierre Richer
Robert del Picchia	Christine Lanfranchi Dorgal	Jean-Yves Roux
Vincent Delahaye	Florence Lassarade	Denise Saint-Pé
Nathalie Delattre	Robert Lafoaulu	Hugues Saury
Bernard Delcros	Michel Laugier	René-Paul Savary
Annie Delmont-Koropoulos	Daniel Laurent	Michel Savin
Michel Dennemont	Nuihau Laurey	Patricia Schillinger
Gérard Dériot	Christine Lavarde	Alain Schmitz
Catherine Deroche	Ronan Le Gleut	Bruno Sido
	Jacques Le Nay	Jean Sol
	Henri Leroy	

Nadia Sollogoub
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Claudine Thomas
Catherine Troendlé

Jean-Marie
Vanlerenberghe
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial

Michèle Vullien
Dany Wattebled
Richard Yung

Ont voté contre :

Maurice Antiste
Cathy Apourceau-Poly
Viviane Artigalas
Éliane Assassi
David Assouline
Esther Benbassa
Claude Bérit-Débat
Jacques Bigot
Joël Bigot
Maryvonne Blondin
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Martial Bourquin
Céline Brulin
Thierry Carcenac
Laurence Cohen
Pierre-Yves Collombat
Catherine Conconne
Hélène Conway-
Mouret
Roland Courteau
Cécile Cukierman
Pierre Cuypers
Michel Dagbert
Yves Daudigny
Marc Daunis
Gilbert-Luc Devinaz
Laurent Duplomb
Jérôme Durain
Alain Duran
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Rémi Féraud
Corinne Féret

Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
Fabien Gay
Samia Ghali
Guillaume Gontard
Marie-Pierre de la
Gontrie
Michelle Gréaume
Nadine Grelet-
Certenais
Daniel Gremillet
Annie Guillemot
Laurence Harribey
Jean-Michel
Houllegatte
Xavier Iacovelli
Olivier Jacquin
Victoire Jasmin
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Patrick Kanner
Claudine Kauffmann
Éric Kerrouche
Joël Labbé
Bernard Lalande
Pierre Laurent
Marie-Noëlle
Lienemann
Monique Lubin
Victorin Lurel
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard
Magner

Christian Manable
Didier Marie
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Sébastien Meurant
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Pierre Ouzoulias
Marie-Françoise Perol-
Dumont
Angèle Préville
Christine Prunaud
Michel Raison
Stéphane Ravier
Claude Raynal
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Laurence Rossignol
Pascal Savoldelli
Vincent Segouin
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Sophie Taillé-Polain
Rachid Temal
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville
Jean-Marc Todeschini
Jean-Louis Tourenne
André Vallini
Sabine Van Heghe
Michel Vaspert
Yannick Vaugrenard

Abstentions :

Pascal Allizard
Jean-Marc Boyer
Henri Cabanel
Marta de Cidrac
Jacques Genest
Christine Herzog
Alain Houpert
Jean-Raymond
Hugonet

Guy-Dominique
Kennel
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Olivier Léonhardt
Jean-François Longeot
Jean Louis Masson
Hervé Maurey
Jean-François Mayet

Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Moga
Olivier Paccaud
Stéphane Piednoir
Sonia de la Provôté
Damien Regnard
Raymond Vall

N'ont pas pris part au vote :

Éric Bocquet
*Michel Boutant
Ronan Dantec
Catherine Dumas

Nathalie Goulet
Fabienne Keller
*Jean-Yves Leconte
*Jean-Pierre Leleux

*Claudine Lepage
*Jean-Jacques Lozach
Robert Navarro
Jean Pierre Vogel

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Ont délégué leur droit de vote :

(En application de l'ordonnance n° 58-1066 du 7 Novembre 1958 portant loi organique autorisant exceptionnellement les parlementaires à déléguer leur droit de vote)

Stéphane Artano à
Guillaume Arnell
Alain Bertrand à
Françoise Laborde
Jean-Marie Bockel à
Bernard Delcros
Philippe Bonnacarrère
à Vincent Capoc-
Canellas
Céline Boulay-
Espéronnier à Laure
Darcos
Michel Boutant à
Jean-Jacques Lozach
Françoise Cartron à
François Patriat
Marie-Christine
Chauvin à Philippe
Bas
Jean-Pierre Corbisez à
Maryse Carrère
Édouard Courtial à
Dominique Estrosi
Sassone
Mathieu Darnaud à
Philippe Mouiller
Robert del Picchia à
Frédérique Puissat
Vincent Delahaye à
Valérie Létard
Élisabeth Doineau à
Sonia de la Provôté
Frédérique Espagnac à
Thierry Carcenac
Frédérique Gerbaud à
Viviane Malet
Colette Giudicelli à
Catherine Deroche
Nadine Grelet-
Certenais à Joël
Bigot

Bernard Jomier à Yves
Daudigny
Alain Joyandet à
Gérard Longuet
Florence Lassarade à
Antoine Lefèvre
Robert Laufoaulu à
Claude Malhuret
Nuihau Laurey à Lana
Tetuanui
Olivier Léonhardt à
Véronique
Guillotini
Martin Lévrier à
Bernard Buis
Victorin Lurel à
Victoire Jasmin
Philippe Madrelle à
Patrick Kanner
Michel Magras à
Catherine Troendlé
Frédéric Marchand à
Didier Rambaud
Hervé Marseille à
Olivier Henno
Hervé Maurey à Jean-
François Longeot
Jean-François Mayet à
Bernard Fournier
Pierre Médevielle à
Olivier Cigolotti
Sébastien Meurant à
Jean-Marc Boyer
Albéric de Montgolfier
à Chantal Deseyne
Catherine Morin-
Desailly à Jocelyne
Guidez
Jean-Marie Morisset à
Bernard Bonne

Louis-Jean de Nicolaÿ
à Pascale Grunty
Georges Patient à
Antoine Karam
Philippe Pemezec à
André Reichardt
Jean-Paul Prince à
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Isabelle Raimond-
Pavero à Jean-Noël
Cardoux
Jean-François Rapin à
Jackie Pierre
Noëlle Rauscent à
Arnaud de Belenet
Stéphane Ravier à
Claudine
Kauffmann
Charles Revet à
Catherine Procaccia
Sylvie Robert à
Maryvonne Blondin
Gilbert Roger à Jean-
Marc Todeschini
Denise Saint-Pé à
Jean-Pierre Moga
Alain Schmitz à Yves
Bouloux
Simon Sutour à
Michel Dagbert
Dominique Théophile
à Michel Amiel
Dany Wattebled à
Alain Marc
Richard Yung à Thani
Mohamed Soilihi

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	334
Nombre des suffrages exprimés	311
Pour l'adoption	219
Contre	92

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

*Lors de la séance du mercredi 12 juin 2019, M. Michel Boutant, Mme Claudine Lepage, MM. Jean-Yves Leconte et Jean-Jacques Lozach ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter contre.

*Lors de la séance du mercredi 19 juin 2019, M. Jean-Pierre Leleux a fait savoir qu'il aurait souhaité s'abstenir.

AMENDEMENTS

PROJET DE LOI
RELATIF À L'ORGANISATION ET À LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	792
----------------	-----

28 MAI 2019

QUESTION PRÉALABLE

Motion présentée par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

TENDANT À OPPOSER LA QUESTION PRÉALABLE

En application de l'article 44, alinéa 3, du Règlement, le Sénat décide qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n^o 525, 2018-2019).

OBJET

Notre groupe demande le rejet de ce projet de loi « Organisation et transformation du système de santé » qui est la traduction du Plan Santé 2022, dépourvu de moyens budgétaires, avec un recours abusif aux ordonnances, et le renvoi de nombreuses dispositions au domaine réglementaire, privant ainsi les parlementaires de leurs prérogatives de propositions et de modifications de la loi.

La transformation du système de soins est pourtant une aspiration partagée des personnels qui n'en peuvent plus de travailler dans les conditions actuelles et des patient.e.s qui souffrent des conditions de prise en charge.

Ce projet de loi ne va malheureusement pas améliorer notre système de santé dans la mesure où il s'inscrit dans la continuité de la logique des lois « Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) » et « Modernisation de notre système de Santé » (dite loi Touraine), dans une perspective de réorganisation afin de diminuer les dépenses.

Nous sommes arrivé.e.s au bout des réductions de personnels, des économies sur le matériel, des fermetures et transferts de services, il est indispensable de mener une réorganisation du système de santé qui s'accompagne d'un plan d'investissement financier et humain. Il faudrait recruter 100 000 fonctionnaires dans les hôpitaux et 200 000 dans les Ehpad pour répondre aux besoins actuels et futurs de notre système de santé.

En réorganisant l'offre de soins hospitalière en trois niveaux : les soins de proximité, les soins spécialisés et les soins ultraspecialisés ou plateaux techniques de pointe, le projet de

loi, loin de régler la question des « déserts médicaux », va vider les hôpitaux de proximité de leurs services essentiels, réduisant de facto, l'offre de soins à la population.

Ainsi donc, ce projet de loi ne répond aucunement aux attentes des professionnels de santé, des personnels des hôpitaux, des personnels du secteur médico-social, des hôpitaux psychiatriques, des usagers et des élu.e.s.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	293
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 1^{ER}Avant l'article 1^{er}

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique est complété par les mots et deux phrases ainsi rédigées : « et les citoyens. Une conférence nationale de consensus traitant, au regard notamment des évolutions démographiques et épidémiologiques, de l'équilibre entre la qualité des soins, l'efficacité économique et la qualité de vie au travail des professionnels de santé est organisée tous les ans. Les modalités de mise en œuvre et d'évaluation sont définies par décret. »

OBJET

Il apparaît nécessaire d'apporter de la cohérence au niveau national au projet de loi. Et de répondre au besoin des organismes professionnels représentatifs (La FEHAP, la FHF, la FHP et UNICANCER) qui appellent à l'organisation d'une concertation sur le juste équilibre entre impératif d'efficacité économique, qualité de soins et qualité de vie au travail. Quand le Parlement examine un projet de texte relatif à la santé, cet examen doit se faire en ayant à l'esprit la meilleure prise en charge de nos concitoyen.ne.s, dans le secteur sanitaire comme médico-social, la nécessaire efficacité économique, mais également la qualité de vie au travail des professionnels, ainsi que les évolutions démographiques et épidémiologiques.

Il est donc nécessaire de mener une réflexion transparente sur l'équilibre entre ces différentes dimensions dans le cadre d'un débat qui devrait rassembler parlementaires de toutes les sensibilités politiques, usagers, médecins, directrices et directeurs, citoyen.ne.s, chercheuses et chercheurs.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	290
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME et BRULIN, M. OUZOULIAS
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 1^{ER}

Rédiger ainsi cet article :

Après le mot : « Toutefois », la fin du 2^o du I de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi rédigée : « , au niveau régional, les universités peuvent répartir ce nombre entre plusieurs unités de formation et de recherche pour répondre à des besoins d'organisation et d'amélioration de la pédagogie et pour améliorer l'offre de soins dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Un arrêté détermine les critères de répartition de ce nombre de façon à garantir l'égalité des chances des candidats ; ».

OBJET

En l'état actuel du texte, la suppression du *numerus clausus* est toute relative.

En effet, il s'agit ni plus ni moins que de d'appliquer un dispositif du même type qui ne pèserait plus sur les épaules de l'État mais sur celles des universités et des agences régionales de la santé.

L'objectif de cet amendement est de renverser cette logique en passant d'un modèle de plafond à un modèle de plancher (*numerus apertus*).

Ainsi, cela permettra de répondre à l'exigence et l'objectif d'augmentation du nombre de places.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	285
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 2, seconde phrase

Après le mot :

compétences

insérer les mots :

, ses souhaits

OBJET

Le présent amendement vise à prendre en compte les souhaits et le projet professionnel de l'étudiant.e, dans son orientation progressive vers la filière la plus adaptée.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	286
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles favorisent, par leurs modalités d'accès et leur organisation, la répartition optimale des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé.

OBJET

Le présent amendement pose le principe à l'article 1^{er} selon lequel la répartition optimale des futurs professionnels est une préoccupation prise en compte dès le stade de la formation médicale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, avis 516, 515)

N ^o	221
----------------	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LAFON

au nom de la commission de la culture

C	Défavorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Par leur organisation, elles favorisent la répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé.

OBJET

Intégration de l'objectif de répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire dans les objectifs généraux des formations de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, avis 515)

N°	417
----	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LONGEOT

au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

C	Défavorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Par leur organisation, elles favorisent la répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé.

OBJET

La formation théorique et pratique des futurs professionnels de santé joue un rôle primordial dans leurs choix d'installation. Le présent amendement vise à ce que l'objectif de répartition équilibrée des futurs professionnels de santé sur le territoire soit une préoccupation majeure prise en compte tout au long des études de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	678
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Favorable
Adopté	

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL,
MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE,
MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER,
Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE,
Mme HARRIBEY, M. LUREL, Mme BLONDIN, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN,
Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mmes GHALI et Gisèle JOURDA,
MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ,
Mmes PEROL-DUMONT et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL,
TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Par leur organisation, elles favorisent la répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé.

OBJET

Cet amendement défend le principe selon lequel la répartition optimale des futurs professionnels est une préoccupation prise en compte dès la formation de ces derniers.

Il participe à la lutte contre les inégalités en santé et, notamment la désertification médicale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	677
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 2

Compléter cet article par une phrase ainsi rédigée :

Elles comportent obligatoirement une sensibilisation transversale à la bientraitance des patients et à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes.

OBJET

Le présent amendement du groupe socialiste vise à prévoir de manière obligatoire une formation des futur.e.s professionnel.le.s de santé à la prise en charge respectueuse des patients et patientes, et à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes.

Il s'agit en effet d'améliorer le rôle du système de santé et la capacité de ses personnels à repérer et à accompagner les victimes de violences, en particulier les violences sexuelles et sexistes, et de mettre le respect des patients et de leur consentement au cœur de la formation médicale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	452
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme PRÉVILLE

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles comportent obligatoirement une sensibilisation à la prise en charge spécifique concernant les violences sexuelles et sexistes.

OBJET

Cet amendement vise à sensibiliser les futurs professionnels de santé à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	380
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme PRÉVILLE, MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT,
Mme Martine FILLEUL, MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE et Mme TOCQUEVILLE

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 1^{ER}

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Elles promeuvent l'orientation vers la médecine scolaire.

OBJET

La médecine scolaire n'est plus en mesure de remplir sa mission. En quelques années on est passé de 57 à 47 % d'enfants ayant passé la visite obligatoire à 6 ans. Cette baisse est d'autant plus préoccupante que le projet de loi « Pour une école de confiance » abaisse l'âge de l'instruction obligatoire de 6 à 3 ans.

Dans un même temps, on est passé de 1 400 à 1 000 médecins scolaires depuis 2006.

Pour répondre à cette crise de vocation, il est proposé que les formations de médecine promeuvent l'orientation vers la médecine scolaire.



**DIRECTION
DE LA SÉANCE**

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	238 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. Alain MARC, CHASSEING et LUCHE, Mme MÉLOT et MM. LAGOURGUE, GUERRIAU,
DECOOL et MALHURET

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 3, deuxième phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, en concertation avec les représentants du territoire

OBJET

La responsabilité des territoires est insuffisamment énoncée.

Il s'agit d'optimiser l'estimation des besoins en santé du territoire en lien avec tous les acteurs régionaux.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	734 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 3, troisième phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Ces objectifs pluriannuels, déterminés par les besoins de santé du territoire, sont arrêtés par l'université en tenant compte des capacités de formation et de l'évolution prévisionnelle des effectifs et des compétences des acteurs de santé du territoire sur avis conforme de l'agence régionale de santé ou des agences régionales de santé concernées.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise, dans la détermination du nombre d'étudiants reçus en deuxième et troisième année de premier cycle, à faire primer le critère des besoins de santé du territoire sur celui de la capacité d'accueil des facultés.

Le gouvernement a fait sienne une communication insistant sur une nette amélioration du phénomène de désertification médicale par la suppression, par l'article 1^{er}, du numerus clausus. Or, premièrement car le numerus clausus n'est pas une règle rigide, preuve en est que le choix de l'assouplissement a été fait ces dernières années : il est aujourd'hui fixé à 9 300 étudiants admis en 2^{ème} année contre 3 200 il y a dix ans. Deuxièmement si le nombre d'étudiants admis en 2^{ème} année ne dépassera probablement pas le nombre de 10 000, c'est parce que les sites universitaires ne disposent pas des capacités d'accueil. Ainsi, la rédaction initiale de l'article 1^{er} qui fait primer le critère des capacités de formation des universités, revient à avaliser un « numerus clausus déguisé », et donc à accepter que certains territoires – donc les capacités de formation seraient faibles – ne bénéficieraient pas de plus de professionnels de santé.

La rédaction proposée par cet amendement a pour objet d'inverser la hiérarchie des priorités : pour répondre aux enjeux d'inégalités d'accès aux soins dans de nombreux territoires, c'est bien les besoins de santé de ces territoires qui doivent constituer le critère déterminant.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	287
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 3, troisième phrase

Supprimer les mots :

des capacités de formation,

OBJET

Afin de lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins, l'offre de formation des médecins doit être déterminée en premier lieu en partant des besoins de santé des territoires et non pas des capacités de formation du système universitaire.

Former plus de médecins et mieux les répartir sur le territoire suppose donc de doter les universités des moyens financiers nécessaires.

Tel est l'objectif poursuivi par cet amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	396 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

M. PIEDNOIR, Mmes DEROCHÉ et BRUGUIÈRE, M. BONNE, Mme ESTROSI SASSONE, M. MEURANT, Mmes DELMONT-KOROPOULIS et Laure DARCOS, MM. SAVIN, PERRIN et RAISON, Mme DEROMEDI, MM. LEFÈVRE, BOULOUX et MANDELLI, Mme LAMURE et MM. LAMÉNIE, REVET, BONHOMME, KAROUTCHI et GREMILLET

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 3, troisième phrase

Remplacer les mots :

sur avis conforme

par les mots :

après avis

OBJET

Cet amendement a pour objet de simplifier la procédure relative à la détermination d'objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle des formations en médecine, en pharmacie, en odontologie et en maïeutique.

Le présent projet de loi prévoit que les universités déterminent annuellement les capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième année de premier cycle. Celles-ci sont déterminées après la prise en compte d'objectifs pluriannuels, arrêtés entre l'université et les agences régionales de santé, qui tiennent compte des capacités de formation et des besoins de santé du territoire. Ces derniers sont eux-mêmes définis au regard d'objectifs nationaux pluriannuels établis par l'État pour répondre aux besoins du système de santé et pour réduire les inégalités territoriales d'accès au soin.

Pour respecter l'autonomie des universités et instaurer une confiance mutuelle entre universités et agences régionales de santé, un avis simple des ARS est tout à fait pertinent pour répondre aux objectifs portés par le présent projet de loi et prévenir d'éventuelles situations de blocage.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	22 rect.
----------------	-------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

M. SEGOUIN, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. LEFÈVRE et BRISSON,
Mme BONFANTI-DOSSAT, M. LONGUET, Mme MORHET-RICHAUD, MM. REVET et
MORISSET, Mme DEROMEDI, MM. SAURY, BABARY, GENEST, PERRIN, RAISON,
PONIATOWSKI et MANDELLI, Mme CHAUVIN, MM. BONNE, LAMÉNIÉ, PELLELAT, RAPIN,
CUYPERS et Bernard FOURNIER, Mmes CANAYER, LAMURE et de CIDRAC et M. GREMILLET

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 3, troisième phrase

Compléter cette phrase par les mots :

et sur avis simple des unions régionales des professionnels de santé, des fédérations hospitalières et des conseils départementaux concernés

OBJET

Cet amendement vise à associer les acteurs de terrain que sont les URPS, les fédérations hospitalières et les conseils départementaux dans la détermination des capacités d'accueil des formations sur le territoire.

Il ne s'agit pas de créer une nouvelle instance mais de recueillir un avis. Ce n'est pas le rôle de la CRSA qui est une instance de débats et de propositions sur les projets des ARS.

La détermination des capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième année sera dévolue aux universités, sur la base des objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle de ces formations arrêtées sur avis conforme des agences régionales de santé.

Parce qu'il est important que la logique de décroisement ville-hôpital intègre la réflexion dès les études médicales, et parce qu'il est urgent que les universités et les ARS prennent en compte les besoins de terrains de stage en médecine de ville, cet amendement vise à faire participer les URPS et les fédérations hospitalières à la définition de ces objectifs pluriannuels.

Il est également impératif que les élus départementaux soient consultés en tant que représentants politiques de la population locale, car ils ont, depuis de nombreuses années, financé des projets favorisant l'installation de médecins sur les territoires.

En effet, les données des agences régionales de santé sont en général obsolètes en raison de la pénurie de médecins qui s'intensifie et empêche les remontées du terrain.

L'échelon départemental, associé aux URPS sont des relais d'information absolument nécessaires à la bonne évaluation des objectifs pluriannuels.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	103 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mmes LASSARADE et MICOULEAU, MM. VOGEL et MORISSET, Mme GRUNY, M. PANUNZI,
Mmes DEROMEDI, MORHET-RICHAUD et BRUGUIÈRE, M. GENEST,
Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. BONNE, PELLEVAT, PIERRE et PIEDNOIR,
Mmes CHAIN-LARCHÉ et THOMAS, MM. RAPIN et POINTEREAU, Mme de CIDRAC et
MM. LAMÉNIE et GREMILLET

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 3

1° Quatrième phrase

Remplacer les mots :

la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ou les conférences régionales de la santé et de l'autonomie concernées

par les mots :

les comités régionaux de l'observatoire national de la démographie des professions de santé

2° Compléter cet alinéa par les mots :

au regard du recensement des besoins prévisionnels en effectifs et en compétences auprès de l'ensemble des acteurs du territoire de santé

OBJET

Pour mieux définir les objectifs de formation, il est nécessaire de mieux appréhender les besoins en formation.

L'organisation de la formation doit se faire au plus près des lieux d'exercice sur la base d'un diagnostic qui soit partagé par l'ensemble des acteurs.

Les objectifs de formation devraient être évalués en fonction de l'ensemble des lieux de stage universitaires et non-universitaires, et des demandes des territoires en effectifs et en compétences.

Cet amendement vise donc à intégrer ces besoins au moyen d'une méthodologie adaptée permettant de faire remonter les besoins des établissements qui sont représentés au sein des comités régionaux de l'observatoire national de la démographie des professions de santé, ces derniers étant plus à même d'évaluer les besoins en formation.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	129 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

M. SOL, Mmes EUSTACHE-BRINIO et DEROCHÉ, MM. CALVET, GUERRIAU et MORISSET, Mmes BRUGUIÈRE, GRUNY, MORHET-RICHAUD, BERTHET, DEROMEDI et BONFANTI-DOSSAT, MM. DECOOL et MOGA, Mme KAUFFMANN, MM. LEFÈVRE, DÉTRAIGNE et GENEST, Mme RAIMOND-PAVERO, M. MOUILLER, Mmes GARRAUD-MAYLAM et CHAUVIN, MM. MANDELLI, BONNE, LAMÉNIE, MEURANT, PIEDNOIR et BOULOUX, Mme Anne-Marie BERTRAND, M. CHARON, Mmes LAMURE et de CIDRAC et M. SEGOUIN

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 3

Quatrième phrase

Remplacer les mots :

la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ou les conférences régionales de la santé et de l'autonomie concernées

par les mots :

les comités régionaux de l'observatoire national de la démographie des professions de santé

OBJET

Dans le but de mieux définir les objectifs de formation, il est nécessaire de mieux appréhender les besoins en formation en passant à une organisation de la formation au plus près des lieux d'exercice sur la base d'un diagnostic partagé par les acteurs. Les objectifs de formation doivent donc être évalués en tenant compte de l'ensemble des lieux de stage universitaires et non-universitaires, et des demandes (en effectifs et en compétences) des territoires. Ce présent amendement vise donc à bien intégrer ces besoins, au moyen d'une méthodologie adaptée permettant de faire remonter les besoins des établissements.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	794
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 3, dernière phrase

Remplacer les mots :

en deuxième et troisième année du premier cycle

par les mots :

en première année du deuxième cycle

OBJET

Amendement de cohérence rédactionnelle.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	288
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 3, dernière phrase

Après le mot :

territoriales

insérer les mots :

et sociales

OBJET

Cet amendement vise à ce que les objectifs de formation des médecins soient définis en tenant compte de l'objectif de réduction des inégalités sociales d'accès aux soins.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	675 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Sagesse du Sénat
Rejeté	

MM. GENEST et DARNAUD, Mme ESTROSI SASSONE, M. COURTIAL, Mmes BRUGUIÈRE et NOËL, M. BOULOUX, Mme LAMURE, MM. CUYPERS, BONHOMME, DANESI et Bernard FOURNIER, Mme DEROMEDI et MM. POINTEREAU, DUFAUT, MORISSET et GREMILLET

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 3, dernière phrase

Après les mots :

aux soins

insérer les mots :

, notamment dans les territoires périurbains, ruraux, de montagne, insulaires et ultramarins

OBJET

Le présent amendement mentionne explicitement les territoires sur lesquels doit porter l'effort prioritaire de réduction des inégalités d'accès aux soins, que sont les territoires périurbains, ruraux, de montagne, insulaires et ultramarins.

Les problèmes spécifiques de chacun et la désertification médicale subie par leurs habitants justifient qu'ils soient explicitement mentionnés dans le texte de la loi.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	21 rect.
----------------	-------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. SEGOUIN, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. LEFÈVRE et BRISSON,
Mme BONFANTI-DOSSAT, M. LONGUET, Mme MORHET-RICHAUD, MM. REVET et
MORISSET, Mme DEROMEDI, MM. BABARY, GENEST, PERRIN, RAISON, PONIATOWSKI,
MEURANT et MANDELLI, Mme CHAUVIN, MM. BONNE, LAMÉNIÉ, PELLEVAL, PIERRE,
RAPIN, CUYPERS et Bernard FOURNIER, Mmes CANAYER, LAMURE et de CIDRAC et
M. GREMILLET

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les besoins territoriaux de formation sont inscrits dans les conventions que les universités passent avec les établissements de santé, publics et privés.

OBJET

Le présent amendement, de permettre aux établissements de santé privés de conventionner avec les universités pour mettre à disposition leur expertise et leur savoir-faire médical et chirurgical dans le cadre des formations des étudiants.

La lutte contre les déserts médicaux, l'égal accès aux soins, et notamment l'accès à une offre médicale équilibrée et de qualité sur l'ensemble des territoires, constitue l'un des principaux enjeux de la transformation de notre système de santé. La suppression du numérus clausus national au profit d'une régulation territoriale devrait permettre de répondre d'une manière mieux ajustée aux futurs besoins en santé de la population.

Mais tous les acteurs de santé doivent être mobilisés autour de cet enjeu, tant sur la réduction des inégalités d'accès aux soins que sur l'insertion professionnelle des étudiants. C'est pourquoi il est nécessaire que les établissements de santé privés participent eux aussi à cet objectif commun.

Une meilleure connaissance par les futurs médecins de l'ensemble des environnements de soins, publics comme privés, améliorera l'efficacité du système et favorisera les coopérations et les équilibres sur les territoires.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	172 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

M. KAROUTCHI, Mme Anne-Marie BERTRAND, MM. CALVET, CHAIZE, CHARON, CHATILLON, DALLIER, DANESI, DARNAUD, DAUBRESSE, de LEGGE et DUPLOMB, Mmes DURANTON, GARRIAUD-MAYLAM et GRUNY, M. KENNEL, Mmes LAVARDE, Marie MERCIER et PROCACCIA, MM. SIDO, VASPART et VOGEL, Mme RAMOND, M. HOUPERT, Mme DUMAS et M. MAYET

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les besoins territoriaux de formation sont inscrits dans les conventions que les universités passent avec les établissements de santé, publics et privés.

OBJET

L'accès aux soins, et notamment l'accès à une offre médicale équilibrée et de qualité sur l'ensemble des territoires, constitue l'un des principaux enjeux de la transformation de notre système de santé.

La suppression du numéris clausus national au profit d'une régulation territoriale devrait permettre de répondre d'une manière mieux ajustée aux futurs besoins en santé de la population.

Mais tous les acteurs de santé doivent être mobilisés autour de cet enjeu, tant sur la réduction des inégalités d'accès aux soins que sur l'insertion professionnelle des étudiants.

C'est pourquoi il est proposé, par le présent amendement, de permettre aux établissements de santé privés de conventionner avec les universités pour mettre à disposition leur expertise et leur savoir-faire médical et chirurgical dans le cadre des formations des étudiants.

Le conventionnement porte aussi sur les conditions d'accueil.

Une meilleure connaissance par les futurs médecins de l'ensemble des environnements de soins, publics comme privés, améliorera l'efficacité du système et favorisera les coopérations et les équilibres sur les territoires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	408 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme JASMIN, MM. LUREL, KERROUCHE et FICHET, Mme PEROL-DUMONT, M. ANTISTE et
Mmes MONIER et CONCONNE

ARTICLE 1^{ER}

I. – Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La fixation des objectifs nationaux pluriannuels par l'État et les moyens alloués aux universités pour parvenir à atteindre ces objectifs donnent lieu à une information du Parlement qui est jointe en annexe du projet de loi de finances de l'année, avec l'ensemble de la politique publique en faveur de la lutte contre les déserts médicaux.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

Il s'agit par cet amendement de redonner l'occasion au Parlement, au moins lors de la discussion du projet de loi de finance, de connaître chaque année, les objectifs fixés par l'État sur le nombre d'étudiants en médecine, et l'adéquation des moyens qui seront consacrés par l'État en faveur des universités pour remplir ces objectifs.

La fixation de ces objectifs pluriannuels participe aux diverses dispositions nationales prises depuis de nombreuses années pour tenter de pallier à la pénurie de médecins. Et, il est désormais indispensable face aux difficultés rencontrées par la population et les élus locaux sur tous les territoires, d'avoir une vision globale de l'ensemble des dispositifs nationaux de lutte contre la désertification médicale, notamment dans le cadre d'« un jaune budgétaire » spécifique.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	451 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme JASMIN, MM. DAUDIGNY et TOURENNE, Mme Martine FILLEUL, MM. DURAN et
ANTISTE, Mme Gisèle JOURDA, MM. TODESCHINI et LUREL et Mmes MONIER et CONCONNE

ARTICLE 1^{ER}

I. – Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La fixation des objectifs nationaux pluriannuels par l'État donne lieu à un débat devant le Parlement sur les moyens alloués aux universités pour parvenir à atteindre ces objectifs.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

Il s'agit par cet amendement de redonner au Parlement, une possibilité de débattre des objectifs fixés par l'État sur le nombre d'étudiants en médecine, et les moyens qui seront consacrés par l'État aux universités pour remplir ces objectifs.

Dans ce projet de loi qui renvoie plusieurs dispositions prises par ordonnances par le gouvernement, il est indispensable de permettre périodiquement le débat notamment des moyens financiers et humains qui seront dévolus à la formation des médecins français.

Ce débat permettra au regard notamment des évolutions démographiques et épidémiologiques, de veiller à l'équilibre entre la qualité des soins, la qualité de vie au travail des professionnels de santé, l'efficacité économique et les objectifs fixés par le gouvernement.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	104 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

Mmes LASSARADE et MICOULEAU, MM. VOGEL et MORISSET, Mme GRUNY, M. PANUNZI,
Mmes DEROMEDI, MORHET-RICHAUD et BRUGUIÈRE, M. GENEST,
Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. BONNE, PELLELAT et PIERRE, Mmes CHAIN-LARCHÉ et
THOMAS et MM. RAPIN, PONIATOWSKI et LAMÉNIE

ARTICLE 1^{ER}

I. – Alinéa 4

Remplacer les mots :

dans l'enseignement supérieur et à la réussite à des épreuves, qui sont déterminées par décret en Conseil d'État

par les mots :

, notamment dans le cadre d'un portail santé ou de licences comportant une mineure santé et à la réussite à des épreuves

II. – Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les modalités de construction de portail santé et d'accès par des licences à mineure santé sont déterminées par décret en Conseil d'État.

OBJET

Cet amendement vise à préciser les « parcours de formation antérieur » qui rendront éligibles aux études de médecine.

Il introduit dans le code de l'éducation le portail santé, comme parcours de formation qui aujourd'hui ne figure pas au code de l'éducation.

Actuellement, les seuls parcours qui seront possibles seront les licences et les classes préparatoires.

Il n'est pas souhaitable de remplacer l'actuel premier cycle (tout ou en partie) par un cycle de licence dite « santé » qui risquerait de se traduire par une dilution de l'apprentissage des compétences,

par impossibilité d'enseignement professionnel au contact des patients, et par conséquent un allongement de la durée des études pour garantir que les compétences des futurs diplômés soient au moins équivalentes à celles conférées par la formation actuelle. Les études de médecine sont indissociables de la pratique clinique.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	138 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme BONFANTI-DOSSAT, M. BRISSON, Mmes EUSTACHE-BRINIO et MICOULEAU, MM. LEFÈVRE, de NICOLAY, COURTIAL, VOGEL et MORISSET, Mmes PUISSAT, GRUNY, MORHET-RICHAUD, DEROMEDI et TROENDLÉ, M. SOL, Mme LOPEZ, MM. GENEST et PONIATOWSKI, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. MANDELLI, PELLELAT, Bernard FOURNIER et CHARON, Mme LAMURE et M. LAMÉNIE

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 5

Après les mots :

engagés dans les formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie

insérer les mots :

, de soins infirmiers,

OBJET

Cet amendement propose que les étudiants en soins infirmiers aient la possibilité de s'orienter vers des études de médecine dès leur deuxième année d'études, au même titre que les autres professions de santé. Le projet de loi crée des passerelles nombreuses vers les études de médecine, aussi il apparaît désormais incohérent que les étudiants en soins infirmiers continuent à devoir justifier de deux ans de pratique professionnelle après l'obtention de leur diplôme pour rejoindre une formation de premier cycle en médecine.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	289 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	
Retiré	

ARTICLE 1^{ER}

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'accès à ces mêmes formations, l'autorité académique fixe également, afin de faciliter l'accès des bacheliers qui le souhaitent aux formations d'enseignement supérieur situées dans l'académie où ils résident, un pourcentage de bacheliers retenus résidant dans une académie autre que celle dans laquelle est situé l'établissement et de bacheliers boursiers, qui ne peut être inférieur à 10 %.

OBJET

L'enseignement supérieur demeure un lieu de reproduction des inégalités sociales avec une faible représentation des enfants d'ouvriers et d'employés. De la même manière le nombre d'étudiant.e.s boursiers est moins important dans les filières les plus sélectives et notamment dans les parcours de santé.

La Ministre de la santé a affirmé que cette loi favoriserait la mixité sociale des études de santé, nous proposons donc de fixer un seuil d'étudiant.e.s boursier.e.s afin de parvenir à cet objectif.

C'est d'ailleurs une préconisation du défenseur des droits qui regrette que soit laissée aux Universités la liberté de fixer le seuil des élèves hors secteur pouvant intégrer leurs rangs.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	711 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par les mots :

et l'égalité des chances des candidats

OBJET

L'article L. 631-1 du code de l'éducation dans sa rédaction actuelle précise qu'un « arrêté détermine les critères de répartition de ce nombre de façon à garantir l'égalité des chances ».

Alors que l'article 1^{er} du projet de loi d'organisation et de transformation du système de santé, visant à réformer les études de santé, propose une nouvelle rédaction de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, toute mention de l'égalité des chances entre candidats a été supprimée.

Si la réforme des modalités d'admission des étudiants en deuxième et troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique représente une substantielle avancée, elle ne saurait se soustraire à l'impératif de respect de l'égalité des chances.

C'est pourquoi, cet amendement du groupe socialiste a pour objectif de réintroduire cette notion au sein de cet article afin de garantir que les nouvelles modalités d'admission la respectent.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, avis 516, 515)

N ^o	222 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LAFON

au nom de la commission de la culture

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 1^{ER}

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Tout étudiant ayant validé le premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique est admis en deuxième cycle de ces mêmes formations dans la même université. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles des candidats ayant validé le premier cycle de ces mêmes formations dans une autre université ou des candidats justifiant de certains grades, titres ou diplômes étrangers de ces mêmes formations peuvent également être admis en deuxième cycle.

OBJET

Le présent amendement a pour objet de sécuriser, dans le respect des accords de Bologne ainsi que des dispositions de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, les flux d'accès en deuxième cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique des étudiants.

Afin de respecter le principe posé par la loi de fixation de capacités d'accueil à partir d'objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique, l'accès en deuxième cycle n'est autorisé qu'aux étudiants ayant procédé à la validation du premier cycle de ces mêmes formations dans la même université. Par exception, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, des candidats pourront être admis en deuxième cycle dans une université après avoir accompli leur premier cycle dans une autre université.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	395 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DINDAR, Catherine FOURNIER,
GUIDEZ
et les membres du groupe Union Centriste

ARTICLE 1^{ER}

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Tout étudiant ayant validé le premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique est admis en deuxième cycle de ces mêmes formations dans la même université. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles des candidats ayant validé le premier cycle de ces mêmes formations dans une autre université ou des candidats justifiant de certains grades, titres ou diplômes étrangers de ces mêmes formations peuvent également être admis en deuxième cycle.

OBJET

Le présent amendement a pour objet de sécuriser, dans le respect des accords de Bologne ainsi que des dispositions de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, les flux d'accès en deuxième cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique des étudiants.

Afin de respecter le principe posé par la loi de fixation de capacités d'accueil à partir d'objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique, l'accès en deuxième cycle n'est autorisé qu'aux étudiants ayant procédé à la validation du premier cycle de ces mêmes formations dans la même université.

Par exception, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, des candidats pourront être admis en deuxième cycle dans une université après avoir accompli leur premier cycle dans une autre université, permettant une mobilité entre universités françaises ou dans le cadre de la mobilité des étudiants au sein de l'union européenne ou d'échanges internationaux.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	669
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 1^{ER}

Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Les cas dans lesquels l'excellence du dossier universitaire du candidat peut justifier que son admission en deuxième ou troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique soit subordonnée au seul examen de son dossier ;

OBJET

Le présent amendement a pour objet de permettre la possibilité de dispenser certains étudiants des épreuves prévues pour l'admission en deuxième ou troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

Le décret en Conseil d'État prévu pour préciser les modalités de mise en œuvre de l'admission rénovée aux formations concernées, précisera notamment la possibilité d'admettre un groupe de candidats sur la base de l'excellence de leurs résultats académiques obtenus lors du parcours de formation antérieur dans l'enseignement supérieur. Pour les autres candidats n'ayant pas bénéficié de cette dispense, des compétences complémentaires nécessiteront d'être évaluées au cours d'épreuves notamment orales.

Ces modalités d'admission favorisent la diversité des recrutements, tout en simplifiant la procédure.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	513 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. TISSOT et DEVINAZ, Mme LEPAGE, MM. LECONTE et LUREL, Mme PEROL-DUMONT, M. VAUGRENARD, Mme GUILLEMOT, MM. JACQUIN, MADRELLE et MAZUIR, Mme MONIER et MM. MONTAUGÉ, TEMAL, TOURENNE et VALLINI

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 12

Après le mot :

étudiants

insérer les mots :

, qui peuvent tenir compte d'un projet professionnel visant à s'installer dans les zones mentionnées au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique,

OBJET

Cet amendement vise à faire figurer, parmi les critères de sélection retenus pour accéder en deuxième cycle des formations de médecine, pharmacie, odontologie ou en maïeutique, le projet professionnel d'un étudiant qui s'engage à exercer en zone sous-dense.

Il s'agit ainsi de valoriser le projet professionnel des étudiants qui s'engagent à travailler dans les zones à faible densité, comme cela est déjà pratiqué en Australie, au Canada, au Japon ou dans certains États américains.

Face au problème croissant de désertification médicale et de mauvaise répartition des médecins dans nos territoires, les pouvoirs publics doivent apporter un ensemble de solutions complémentaires. Cet amendement s'inscrit dans cet objectif.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	521 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. MANABLE et TOURENNE, Mme MONIER, MM. MAZUIR et VALLINI et Mmes PEROL-DUMONT et ARTIGALAS

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 1^{ER}

Après alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Les conditions et les facilités d'accès en deuxième cycle de formation de médecine pour les étudiants ayant un projet professionnel visant à s'installer, dans un premier temps et pendant une durée déterminée, dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définis en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

OBJET

Les étudiants ayant un projet professionnel clair d'exercer dans une zone sous-dotée médicalement doit être pris en compte dans les critères de passage en deuxième année.

Le stage de l'étudiant en zone sous-dotée en personnel de santé doit être valorisé et intégré dans son évaluation.

Cette proposition présente également une certaine souplesse puisque l'étudiant peut exercer dans les territoires déficitaires en offre de santé et découvrir ces zones sous-denses pendant un temps déterminé lui laissant la liberté de rester ou de partir.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	610
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LAFON

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 11

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 3^o bis Les modalités de diversification des voies d'accès à la deuxième ou à la troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique sans qu'aucune de ces voies ne puisse dépasser à elle seule une proportion des places offertes fixée par ce même décret ;

OBJET

Cet amendement vise à éviter la re-création d'une voie royale d'accès aux études de santé, en lieu et place de la PACES. Pour cela il est important que, pour chacun des concours d'accès aux 2^{ème} et 3^{ème} années des études de santé, aucune des voies d'accès ne puisse à elle seule dépasser un certain pourcentage. Le rapport du Professeur Jean-Paul André suggérait à cet égard que les Portails Santé qui remplaceront les PACES ne puissent représenter plus de 60% des places offertes aux concours.

La création de la PACES remonte à 2010. En dépit de quelques avantages liés à son caractère équitable et à son faible coût, nous considérons qu'elle présente aujourd'hui beaucoup trop d'inconvénients.

- Avec un taux de réussite inférieur à 30 %, le système met en échec de très nombreux jeunes, pourtant excellents bacheliers.
- Le coût pour les familles (préparations privées, allongement de la durée des études, voire diplôme obtenu à l'étranger) et la Nation (redoublements, reprises d'études) est lourd.
- La PACES est plus une année de sélection qu'une année de formation véritable et les conditions d'études y sont peu satisfaisantes (amphithéâtres surchargés, quasi-absence de travaux dirigés, bachotage sur photocopiés, etc.).

- Le recrutement se fait selon un profil-type très stéréotypé : celui du bachelier scientifique (90 % des étudiants de PACES ont un bac S et les chances de réussite des autres bacheliers sont inférieures à 3 % même avec redoublement), titulaire d'une « mention très bien » (3/4 des bacheliers S mention TB passent en 2^e année des études de médecine dont la moitié sans redoubler, alors que les bacheliers S avec mention AB ne sont que 3,7 % à accéder en 2^e année en un an et 26 % en deux ans) et issu des classes sociales les plus favorisées (4 étudiants de PACES sur 10 sont issus des classes sociales les plus favorisées ; parmi les inscrits en PACES, un enfant de cadre a 2,5 fois plus de chances d'intégrer les études de médecine qu'un enfant d'ouvrier).



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	611
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LAFON

C	Défavorable
G	Favorable
Tombé	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 11

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 3^o bis Les modalités de diversification des voies d'accès à la deuxième ou à la troisième année du premier cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie ou de maïeutique ;

OBJET

Cet amendement vise à éviter la re-création d'une voie royale d'accès aux études de santé, en lieu et place de la PACES. Pour cela il est important que, pour chacun des concours d'accès aux 2^{ème} et 3^{ème} années des études de santé, aucune des voies d'accès ne puisse à elle seule dépasser un certain pourcentage. Le rapport du Professeur Jean-Paul André suggérait à cet égard que les Portails Santé qui remplaceront les PACES ne puissent représenter plus de 60% des places offertes aux concours.

La création de la PACES remonte à 2010. En dépit de quelques avantages liés à son caractère équitable et à son faible coût, nous considérons qu'elle présente aujourd'hui beaucoup trop d'inconvénients.

- Avec un taux de réussite inférieur à 30 %, le système met en échec de très nombreux jeunes, pourtant excellents bacheliers.
- Le coût pour les familles (préparations privées, allongement de la durée des études, voire diplôme obtenu à l'étranger) et la Nation (redoublements, reprises d'études) est lourd.
- La PACES est plus une année de sélection qu'une année de formation véritable et les conditions d'études y sont peu satisfaisantes (amphithéâtres surchargés, quasi-absence de travaux dirigés, bachotage sur photocopies, etc.).
- Le recrutement se fait selon un profil-type très stéréotypé : celui du bachelier scientifique (90 % des étudiants de PACES ont un bac S et les chances de réussite des

autres bacheliers sont inférieures à 3 % même avec redoublement), titulaire d'une « mention très bien » (3/4 des bacheliers S mention TB passent en 2^e année des études de médecine dont la moitié sans redoubler, alors que les bacheliers S avec mention AB ne sont que 3,7 % à accéder en 2^e année en un an et 26 % en deux ans) et issu des classes sociales les plus favorisées (4 étudiants de PACES sur 10 sont issus des classes sociales les plus favorisées ; parmi les inscrits en PACES, un enfant de cadre a 2,5 fois plus de chances d'intégrer les études de médecine qu'un enfant d'ouvrier).



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	615 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes ROSSIGNOL et LEPAGE, M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. IACOVELLI et DAUDIGNY,
Mme CONCONNE, MM. MANABLE, Martial BOURQUIN et TOURENNE, Mmes MONIER et
BLONDIN, M. MAZUIR et Mme GRELET-CERTENAIS

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 1^{ER}

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités selon lesquelles des enseignements impliquant les associations de lutte contre les violences faites aux femmes et/ou aux enfants sont mis en place ;

OBJET

Cet amendement vise à intégrer les associations de lutte contre les violences faites aux femmes ou aux enfants à la formation des professionnel.le.s de santé. Il s'agit de renforcer l'efficacité du personnel médical dans le repérage et l'accompagnement des victimes de violences dans le cadre de leur pratique professionnelle.



**DIRECTION
DE LA SÉANCE**

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	640 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

Mme IMBERT, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mmes MALET et GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROCHE et RICHER, MM. Daniel LAURENT, SAVARY et MOUILLER, Mme GRUNY, M. GREMILLET et Mme MORHET-RICHAUD

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 17

Après les mots :

d'exercer

insérer les mots :

licitement et effectivement

OBJET

Amendement rédactionnel.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	240 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. Alain MARC, CHASSEING et LUCHE, Mme MÉLOT et MM. LAGOURGUE, GUERRIAU,
DECOOL et MALHURET

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 1^{ER}

Après l'alinéa 25

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le même article L. 632-1 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Au cours de chaque cycle des études de médecine, les étudiants suivent un stage chez un maître de stage agréé ou dans un service agréé hors établissement hospitalier public pour la formation médicale.

« Les modalités et les conditions des stages sont déterminées par décret pris en Conseil d'État. »

OBJET

La formation pratique doit s'ouvrir à l'ensemble des structures agréées pour la formation ou auprès des maîtres de stage pour la formation des études de médecine afin que l'étudiant puisse découvrir les différentes modalités de l'exercice de la profession de médecin.

Il convient aussi de proposer une professionnalisation précoce de la formation.

En outre, la mise en contact des futurs médecins avec des réalités différentes de celles qu'ils rencontrent dans les hôpitaux universitaires complètera utilement leur formation.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, avis 516, 515)

N°	223
----	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LAFON

au nom de la commission de la culture

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 30

Remplacer l'année :

2020

par l'année :

2021

OBJET

Report d'un an de la mise en œuvre de la réforme de l'accès au premier cycle des études de santé pour donner le temps aux établissements de mettre en place des voies d'accès véritablement diversifiées et éviter que ne réapparaisse une « voie royale » d'accès aux études de santé sous la forme de « Portails santé » ou de « majeures santé » qui ne seraient en réalité que des PACES à peine transformées.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	607 rect.
----------------	--------------

2 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme SOLLOGOUB, MM. BONNECARRÈRE, CANEVET, HENNO et JANSSENS, Mmes GUIDEZ, VERMEILLET, Catherine FOURNIER et PERROT, M. CAZABONNE et Mmes de la PROVÔTÉ et VULLIEN

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 1^{ER}

Alinéa 32, deuxième phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, y compris au regard de leur origine géographique

OBJET

Compte tenu de la pénurie de professionnels de santé dans de nombreux territoires, sachant que la mobilité régionale est généralement faible, il serait pertinent de mesurer et vérifier l'égalité d'accès aux études de santé sur le territoire et donc de disposer de statistiques sur l'origine géographique des étudiants entrant en premier cycle des études de santé dans l'établissement du rapport d'évaluation de la réforme.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	712 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 2

Alinéa 3, première phrase

Après le mot :

France

insérer les mots :

, dont un stage situé dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins définie à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique,

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste, reprenant une disposition adoptée en Commission des Affaires sociales à l'Assemblée nationale, puis supprimée en séance publique, propose que l'accès à l'internat soit conditionné à la réalisation d'au moins un stage en zone sous-dotée en offre de soins ou caractérisée par des difficultés d'accès aux soins.

Un praticien ne s'installant pas dans un milieu qu'il n'a jamais expérimenté, la réalisation de stages dans des environnements différents de ceux des centres urbains, en particulier dans les territoires périurbains et/ou ruraux, serait l'occasion de découvrir d'autres pratiques de la médecine et de donner l'envie de pratiquer dans ces territoires le cas échéant.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	23 rect.
----------------	-------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. SEGOUIN, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. BRISSON et LONGUET,
Mme MORHET-RICHAUD, MM. REVET et MORISSET, Mme DEROMEDI, MM. GENEST,
PERRIN, RAISON, PONIATOWSKI et MEURANT, Mme PROCACCIA, MM. MANDELLI, BONNE,
LAMÉNIE, PELLELAT et CUYPERS, Mmes CANAYER, Anne-Marie BERTRAND et
RENAUD-GARABEDIAN et M. GREMILLET

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 2

Alinéa 3, seconde phrase

Après le mot :

nationales

insérer les mots :

et à la validation d'un stage en médecine générale d'une durée de trois mois

OBJET

Cet amendement propose de revaloriser et redynamiser la médecine générale en rendant obligatoire la participation de l'étudiant à un stage en médecine générale d'une durée de 3 mois minimum conditionnant la validation du second cycle d'études. Il a pour avantages de faire découvrir la profession à l'étudiant tout en lui apportant une expérience utile.

C'est aujourd'hui un étudiant sur cinq qui ne découvre pas la médecine générale et qui effectue l'intégralité de son externat en centre hospitalier. Pour renforcer l'intérêt pour la médecine générale et lutter contre la désertification médicale, il est nécessaire de développer des stages en médecine générale dès le deuxième cycle des études médicales. L'attractivité de la profession pourra se renforcer par un accès généralisé à ces stages de deuxième cycle, ce qui n'est malheureusement pas acquis dans toutes les facultés malgré l'obligation réglementaire. Seuls 82 % des étudiants de deuxième cycle peuvent en effet y avoir accès.

L'intérêt de cet amendement est donc de lutter contre la désertification médicale en donnant envie aux étudiants de choisir la médecine générale, et notamment de s'installer en zone rurale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	1 rect. quater
----------------	-------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

Mme IMBERT, M. BASCHER, Mmes PUISSAT, Laure DARCOS et MICOULEAU, MM. SOL, VOGEL et MORISSET, Mmes GRUNY, MORHET-RICHAUD, BERTHET et DEROMEDI, M. LONGUET, Mme BRUGUIÈRE, M. LEFÈVRE, Mmes RICHER et LASSARADE, M. CHATILLON, Mme NOËL, MM. MOUILLER, KENNEL et CUYPERS, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et CHAUVIN, M. PELLEVAT, Mmes DELMONT-KOROPOULIS et DESEYNE, MM. PIERRE, Daniel LAURENT et VASPART, Mme Anne-Marie BERTRAND, MM. RETAILLEAU, del PICCHIA et SAVARY, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. PONIATOWSKI, BONNE, MEURANT et GILLES, Mme Marie MERCIER, M. PIEDNOIR, Mmes CHAIN-LARCHÉ, THOMAS et RAMOND, M. Bernard FOURNIER, Mme CANAYER, MM. COURTIAL, CHARON, SIDO et POINTEREAU, Mme DEROCHE et MM. LAMÉNIE, Jean-Marc BOYER, GREMILLET et DUPLOMB

ARTICLE 2

I. – Après l’alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Pour les étudiants de troisième cycle des études de médecine générale et d’autres spécialités définies par décret, la dernière année du troisième cycle est une année de pratique ambulatoire en autonomie, en priorité dans les zones mentionnées au 1^o de l’article L. 1434-4 du code de la santé publique, et avec l’avis conforme du conseil départemental de l’ordre des médecins et de l’union régionale des professionnels de santé médecins libéraux.

II. – Après l’alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Les modalités d’organisation de l’année de pratique ambulatoire en autonomie ;

OBJET

L’examen à l’Assemblée nationale du projet de loi « Ma Santé 2022 » et les discussions dans le cadre du Grand débat national ces dernières semaines ont vivement fait ressortir dans l’actualité les problématiques d’accès aux soins dans les territoires.

Les difficultés d'accès aux soins sont au cœur du profond sentiment d'injustice et d'abandon ressenti par une grande majorité de nos concitoyens. Les médecins, les patients et les élus appellent, depuis plusieurs années, à des solutions structurantes qui répondraient enfin à l'urgence de la situation.

Face à un problème complexe et dont les causes sont multiples, nous pouvons faire les constats suivants :

- Seuls 12% des jeunes diplômés décident de s'installer en libéral à l'issue de leurs études.
- Ensuite, la mise en œuvre d'un quelconque mécanisme de conventionnement sélectif reviendrait à grever la jeune génération avec de nouvelles obligations contraires à l'exercice d'une profession libérale, et pourrait décourager des vocations.
- Enfin, les mécanismes de régulation ont fait preuve de leur inefficacité partout où ils ont été mis en œuvre. Par exemple, ce système a rapidement été abandonné en Allemagne, où les jeunes médecins ont refusé de se conventionner pour pouvoir s'installer librement ou ont préféré se diriger vers les hôpitaux. Cela n'a fait qu'accroître les différences territoriales.

Un pari bien plus ambitieux serait celui de l'incitation et de l'accompagnement des jeunes professionnels dans les territoires à travers une plus grande professionnalisation, principe fort qui serait inscrit dans la Loi.

C'est l'objectif de cette proposition d'amendement qui vise à permettre aux 3 500 étudiants de dernière année (3^{ème} année actuellement, probablement 4^{ème} année dans un futur proche) de 3^{ème} cycle des études de médecine générale d'exercer en tant que médecin adjoint, tout en favorisant la construction de leur projet professionnel.

La dernière année du DES de médecine deviendrait ainsi une année professionnalisante hors hôpital, dans les territoires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, avis 515)

N ^o	419 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

S O U S - A M E N D E M E N T
à l'amendement n^o 1 rect. quater de Mme IMBERT
présenté par

M. LONGEOT

au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2

Amendement 1, alinéa 3

Après le mot :

priorité

insérer les mots :

et pour partie au moins

OBJET

L'amendement n^o1 vise à inclure une année de pratique ambulatoire en autonomie au cours du troisième cycle des études de médecine. Cette année se déroulerait en priorité dans les zones sous-denses.

Le présent sous-amendement vise à renforcer l'effectivité de l'amendement en précisant qu'au moins une partie de l'année de pratique ambulatoire en autonomie serait effectuée en zone sous-dense.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	826
----------------	-----

3 JUIN 2019

S O U S - A M E N D E M E N T

à l'amendement n^o 1 rect. quater de Mme IMBERT

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. VASPART, LONGEOT, BIZET, RAISON et MANDELLI, Mme MORHET-RICHAUD,
MM. DUPLOMB, PERRIN, PELLEVAL, NOUGEIN, Daniel LAURENT, del PICCHIA, PAUL et
REVEL, Mmes TROENDLÉ, DEROMEDI et RAMOND, M. GENEST,
Mmes GARRIAUD-MAYLAM et CHAUVIN, MM. MOGA, BRISSON et PRIOU et Mme LAMURE

ARTICLE 2

Amendement 1, alinéa 3

Supprimer le mot :

conforme

OBJET

Toutes les analyses convergent sur la nécessité, pour lutter contre les déserts médicaux, de faire connaître la pratique en cabinet libéral hors de l'hôpital public aux étudiants, au travers de stages. L'amendement n^o1 répond à cette demande.

Dans toutes les lois récentes relatives à la santé, on retrouve cette incitation au stage chez des médecins de ville. En pratique, la très grande majorité des stages ont lieu dans les CHU des grandes villes dans lesquelles les étudiants poursuivent leurs études : parce que les CHU sont très demandeurs, et parce que sans doute, les maîtres de stage ne sont pas suffisamment nombreux, sans doute notamment parce que la compensation financière qui leur est proposée n'est pas très incitative. Sa révision échappe au domaine de la loi.

Le sous-amendement proposé vise à supprimer le caractère conforme de l'avis demandé aux CDOM et URPS, qui peut freiner la bonne mise en œuvre du dispositif proposé dans cet amendement.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	542 rect. quinq uies
----	-------------------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. CHASSEING, BIGNON, CAPUS, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE, LAUFOAULU, MALHURET et Alain MARC, Mme MÉLOT, MM. MENONVILLE, WATTEBLED, BOULOUX, MOGA, GABOUTY, BONHOMME et MANDELLI et Mme NOËL

ARTICLE 2

I. – Après l’alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Pour les étudiants de troisième cycle des études de médecine générale et d’autres spécialités définies par décret, la dernière année du troisième cycle est une année de pratique ambulatoire en autonomie, en priorité dans les zones mentionnées au 1° de l’article L. 1434-4 du code de la santé publique, et avec l’avis conforme du conseil départemental de l’ordre des médecins et de l’union régionale des professionnels de santé médecins libéraux.

II. – Après l’alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités d’organisation de l’année de pratique ambulatoire en autonomie ;

OBJET

Les étudiants en dernière année de troisième cycle de médecine générale pourront être mis à disposition des hôpitaux de proximité pour intervenir en qualité de médecin adjoint en zone caractérisée par une offre de soin insuffisante. Cela permettra de recourir à ces médecins adjoints lorsqu’une carence de soin de premier recours est constatée par le conseil département de l’ordre, par le maire de la commune ou par le CPTS.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	762 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

AMENDEMENT

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. DAUDIGNY et JOMIER, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 2

I. – Après l’alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Pour les étudiants de troisième cycle des études de médecine générale et d’autres spécialités définies par décret, la dernière année du troisième cycle est une année de pratique ambulatoire en autonomie, en priorité dans les zones mentionnées au 1^o de l’article L. 1434-4 du code de la santé publique, et avec l’avis conforme du conseil départemental de l’ordre des médecins et de l’union régionale des professionnels de santé médecins libéraux.

II. – Après l’alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Les modalités d’organisation de l’année de pratique ambulatoire en autonomie ;

OBJET

La nouvelle rédaction de cet amendement du groupe socialiste est issue d’un travail de concertation en commission des affaires sociales. Il s’agit de présenter un amendement transpartisan qui apporte une réponse efficace et rapide à la problématique des déserts médicaux et soit admissible par tous, dans un objectif d’intérêt général.

La pratique en autonomie en dernière année du 3^e cycle, pour les médecins généralistes, ophtalmologistes et autres spécialités dont nous manquons dans certains territoires, en

particulier ruraux, insulaires et de la politique de la ville, permettra de familiariser ces professionnels de santé à la pratique en zones sous-denses médicalement.

Cette mesure qui renforcera l'attractivité de ces zones déficitaires en santé est plus à même d'y favoriser l'installation de jeunes professionnels que des mesures coercitives non viables et contournables.

Elle permettra en outre de déployer plusieurs milliers de professionnels de santé sur l'ensemble du territoire très rapidement et de répondre ainsi aux besoins des populations qui se sont fortement exprimés en matière de santé tout récemment encore dans le grand débat national.

L'accès aux soins est en effet une préoccupation fondamentale des citoyens et des élus des territoires concernés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	757 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. DAUDIGNY et JOMIER, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER,
Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine
FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et
BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET,
Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et
LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et
Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Défavorable
G	
Retiré	

ARTICLE 2

I. – Après l’alinéa 15

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

II bis A. – Le second alinéa de l’article L. 632-5 du code de l’éducation est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Au cours des deux semestres de la quatrième année du troisième cycle, ces fonctions sont nécessairement exercées en médecine ambulatoire. L’un des deux semestres doit être exercé dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l’accès aux soins au sens de l’article L. 1434-4 du code de la santé publique. »

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le II bis A entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Les internes ayant validé la troisième année du troisième cycle des études médicales avant le 1^{er} janvier 2022 peuvent effectuer deux semestres complémentaires au cours desquels les fonctions mentionnées au second alinéa de l’article L. 632-5 du code de l’éducation sont nécessairement exercées en médecine ambulatoire.

OBJET

Pour lutter contre la présence insuffisamment nombreuse de médecins sur certaines zones du territoire, le groupe socialiste propose de dédier les deux semestres déjà prévus à l’issue du troisième cycle de médecine à deux stages en médecine ambulatoire, dont l’un des deux sera exercé dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par

des difficultés dans l'accès aux soins au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

En s'appliquant à partir de 2022, cette proposition ne crée pas de charge supplémentaire pour l'État car cette année de spécialisation existe déjà et sera applicable à partir de 2020 conformément à l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	592
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 2

Après l'alinéa 15

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – L'article L. 632-5 du code de l'éducation est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Les internes de médecine générale peuvent réaliser, au cours des deux dernières années sur les quatre ans que dure leur troisième cycle des études médicales, au moins quatre fois six mois de formation pratique dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Cette formation professionnalisante peut s'effectuer selon les modalités prévues par l'article L. 4131-2 du même code. »

OBJET

Afin de permettre une professionnalisation plus importante des médecins généralistes, le présent amendement propose que ces futurs médecins généralistes puissent effectuer au moins quatre fois six mois au cours des quatre ans de 3^e cycle, dans les zones sous-dense, en présence d'un maître de stage ou sous la forme de l'adjuvat.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	593
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 2

Après l'alinéa 15

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – L'article L. 632-5 du code de l'éducation est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Les internes de médecine générale peuvent réaliser, à la fin de leur troisième cycle des études médicales, au moins deux fois six mois de formation pratique dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Cette formation professionnalisante peut s'effectuer selon les modalités prévues par l'article L. 4131-2 du même code. »

OBJET

Amendement de repli.

Afin de permettre une professionnalisation plus importante des médecins généralistes, le présent amendement propose qu'une année soit accomplie à la fin du troisième cycle des études médicales pour ces futurs médecins généralistes dans les zones sous-dense, en présence d'un maître de stage ou sous la forme de l'adjuvat.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	594
----------------	-----

28 MAI 2019

AMENDEMENT

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 2

Après l'alinéa 15

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – L'article L. 632-5 du code de l'éducation est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Les internes de médecine générale peuvent réaliser, au cours du troisième cycle des études médicales, au moins deux fois six mois de formation pratique dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Cette formation professionnalisante peut s'effectuer selon les modalités prévues par l'article L. 4131-2 du même code. »

OBJET

Amendement de repli.

Afin de permettre une professionnalisation plus importante des médecins généralistes, le présent amendement propose qu'une année du troisième cycle des études médicales pour ces futurs médecins généralistes puissent s'effectuer dans les zones sous-denses, en présence d'un maître de stage ou sous la forme de l'adjuvat.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	296
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« L'utilisation d'algorithmes locaux mis en place par les universités est interdite.

OBJET

L'introduction d'algorithmes locaux par les universités ces dernières années a participé à la complexité administrative des bacheliers mais surtout à la sélection sociale des étudiant.e.s.

Le Défenseur des droits s'inquiétait lui-même du développement des inégalités, notamment sociales et territoriales entrainées par la réforme de l'entrée à l'université.

L'évaluation des dossiers des candidat.e.s par les commissions locales des établissements supérieurs en amont du processus de leur affectation dans les formations de premier cycle de l'enseignement supérieur ne doit pas tenir compte de l'établissement d'origine comme c'est le cas des algorithmes locaux, qui posent de réels risques discriminatoires.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	645 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

Mme IMBERT, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mmes MALET et GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROCHÉ et RICHER, MM. Daniel LAURENT, SAVARY et BRISSON, Mmes Laure DARCOS, MORHET-RICHAUD et GRUNY et MM. MOUILLER et GREMILLET

ARTICLE 2

I. – Après l’alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« I bis. – Les étudiants de troisième cycle des études de médecine effectuent au moins deux stages pratiques auprès de praticiens agréés-maîtres de stage des universités.

II. – Après l’alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités d’organisation des stages pratiques mentionnés au I bis, qui doivent permettre un exercice autonome des étudiants ;

OBJET

Cet amendement vise à obliger les étudiants de troisième cycle des études de médecine à effectuer au moins deux stages pratiques auprès de praticiens agréés-maîtres de stage des universités.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	88 rect.
----------------	-------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Défavorable
Rejeté	

M. SAVARY, Mmes BERTHET, Anne-Marie BERTRAND et BONFANTI-DOSSAT, MM. BONNE, BOULOUX, Jean-Marc BOYER et BRISSON, Mmes BRUGUIÈRE, CANAYER et CHAIN-LARCHÉ, M. CHAIZE, Mme CHAUVIN, MM. CUYPERS et DANESI, Mme Laure DARCOS, MM. DAUBRESSE, de LEGGE et del PICCHIA, Mmes DEROCHE, DEROMEDI, DI FOLCO, ESTROSI SASSONE et EUSTACHE-BRINIO, M. Bernard FOURNIER, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. GENEST et GREMILLET, Mme GRUNY, M. GUENÉ, Mme IMBERT, MM. KAROUTCHI, KENNEL et LAMÉNIE, Mmes LAMURE et LASSARADE, MM. Daniel LAURENT, LEFÈVRE et LONGUET, Mmes LOPEZ et MALET, M. MANDELLI, Mme Marie MERCIER, M. MEURANT, Mme MORHET-RICHAUD, MM. MORISSET, MOUILLER, PERRIN, PIEDNOIR, PIERRE, POINTEREAU et PONIATOWSKI, Mme PUISSAT, MM. RAISON, RAPIN, REVET, SAURY, SIDO et SOL, Mme THOMAS et M. VOGEL

ARTICLE 2

Alinéa 5, au début

Ajouter les mots :

Après consultation des conseils de surveillance des agences régionales de santé,

OBJET

Le présent amendement permet de prendre en compte les spécificités locales avant le décret national pour laisser à chaque Conseil de Surveillance des ARS, la possibilité de proposer des adaptations territoriales.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)
(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	795
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 2

I. – Alinéa 6

Compléter cet alinéa par les mots :

mentionnées au 1^o du I

II. – Alinéa 10, seconde phrase

1^o Remplacer le mot :

ci-dessus

par les mots :

au 1^o du I

2^o Remplacer la référence :

1^o A du présent II

par la référence :

1^o du I

OBJET

Amendement rédactionnel et de coordination.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	370 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND, CASTELLI et CORBISEZ,
Mme Nathalie DELATTRE, M. GABOUTY, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, VALL et
HUSSON

C	Avis du Gouvernement
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 2

Alinéa 7

Compléter cet alinéa par les mots :

, et notamment les modalités de la prise en compte d'un double cursus dans le cadre des études médicales

OBJET

L'organisation actuelle des deuxième et troisième cycles d'études de médecine entraîne des difficultés supplémentaires pour les étudiants engagés dans un double cursus médecine-sciences. Les exigences liées aux stages et à la préparation des examens conduit à un fort taux de renoncement à la poursuite du parcours de recherche, ou à un départ vers un pays valorisant davantage ces doubles parcours.

S'agissant de profils à haute valeur ajoutée pour l'avenir de la médecine et de la recherche françaises, cet amendement propose d'inscrire dans la loi la prise en compte de ces situations particulières dès le passage du deuxième au troisième cycle.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	120 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

Mmes DESEYNE, LASSARADE et MICOULEAU, MM. LONGUET et DANESI,
Mmes DEROMEDI, MORHET-RICHAUD, GRUNY et PUISSAT, MM. MORISSET, SOL et
BRISSON, Mmes Laure DARCOS et BRUGUIÈRE, MM. LEFÈVRE, CUYPERS, PONIATOWSKI,
SAVARY et del PICCHIA, Mme RAIMOND-PAVERO, M. BONNE, Mme CHAUVIN,
MM. MANDELLI, Bernard FOURNIER, RAPIN, PIEDNOIR, PIERRE, CHARON et SIDO,
Mme LAMURE, M. SEGOUIN, Mme de CIDRAC et M. LAMÉNIÉ

ARTICLE 2

Alinéa 8

Compléter cet alinéa par les mots :

, et la réalisation de stages hors établissement hospitalier public

OBJET

Cet amendement vise à multiplier les stages hors-hôpital ce qui permettra d'irriguer rapidement le territoire avec des internes.

C'est la condition préalable à l'augmentation du nombre de médecins formés.



**DIRECTION
DE LA SÉANCE**

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	643 rect. ter
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme IMBERT, M. POINTEREAU, Mmes MALET, GARRIAUD-MAYLAM, DEROCHE et RICHER,
MM. Daniel LAURENT, PIEDNOIR et MOUILLER et Mme GRUNY

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 2

Alinéa 8

Compléter cet alinéa par les mots :

, et la réalisation de stages hors établissement hospitalier public

OBJET

Une multiplication des terrains de stage hors-hôpital permettrait d'irriguer les territoires par des internes très rapidement. C'est par ailleurs une condition préalable à l'augmentation du nombre de médecins formés.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	613 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

2 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme SOLLOGOUB, MM. BONNECARRÈRE, CANEVET, HENNO et JANSSENS,
Mme VERMEILLET, M. DELAHAYE, Mme Catherine FOURNIER, M. MOGA, Mmes FÉRAT,
PERROT et BILLON, M. CAZABONNE et Mmes de la PROVÔTÉ, SAINT-PÉ et VULLIEN

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 2

Alinéa 8

Compléter cet alinéa par les mots :

et de réalisation de stages auprès de praticiens agréés-maîtres de stages des universités

OBJET

Cet amendement vise à généraliser la possibilité pour les étudiants internes d'effectuer leurs stages à l'extérieur des hôpitaux publics : dans les cliniques privées et dans le secteur libéral. Il est essentiel que les étudiants en médecine sortent des hôpitaux publics. Le décloisonnement entre les différents modes d'exercice doit débiter dès les études médicales. En outre, une multiplication des terrains de stage hors-hôpital permettrait d'irriguer les territoires avec des internes très rapidement. C'est une condition préalable à l'augmentation du nombre de médecins formés et à leur installation future en libéral en zones sous-denses en particulier.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, avis 516, 515)

N°	224
----	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LAFON

au nom de la commission de la culture

C	Défavorable
G	
Retiré	

ARTICLE 2

Alinéa 8

Compléter cet alinéa par les mots :

ainsi que de stages dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telles que définies en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

OBJET

Précision selon laquelle, dans les modalités d'organisation du troisième cycle des études de médecine seront prévues les modalités d'organisation de stages en zones sous-denses.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	119 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mmes DESEYNE, LASSARADE et MICOULEAU, MM. LONGUET et DANESI,
Mmes DEROMEDI, GRUNY et PUISSAT, MM. MORISSET et BRISSON, Mme BRUGUIÈRE,
MM. LEFÈVRE, del PICCHIA, SAVARY, PONIATOWSKI, CUYPERS et MANDELLI,
Mme CHAUVIN, MM. BONNE, PIERRE, PIEDNOIR, GILLES, RAPIN, Bernard FOURNIER,
CHARON et SIDO, Mmes Anne-Marie BERTRAND, LAMURE et de CIDRAC et MM. LAMÉNIE et
GREMILLET

ARTICLE 2

Alinéa 9

Après le mot :

ouverts

insérer les mots :

, y compris dans le secteur libéral, de l'hospitalisation privée et du médico-social,

OBJET

Il est important que le décroisement intervienne dès les études médicales.

Cet amendement vise à faire bénéficier les étudiants d'une formation mixte, hospitalière et libérale, dans un maximum de spécialités qui seront précisées par décret.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)
(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	796
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par
M. MILON
au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 2

I. – Alinéa 9

Remplacer les mots :

de troisième cycle

par les mots :

accédant au troisième cycle

II. – Alinéa 12

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 5° bis Les modalités d'établissement de la liste des postes mentionnés au 3° permettant une adéquation optimale entre le nombre de ces postes et le nombre de postes effectivement pourvus ;

OBJET

Amendement rédactionnel et de correction d'une erreur matérielle.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	654 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE,
MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE,
MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT,
REQUIER, ROUX et VALL

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Tombé	

ARTICLE 2

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Celles-ci doivent permettre aux médecins généralistes exerçant dans des associations de soins non programmés et de permanence de soins ambulatoires d'être agréés maître de stage et d'accueillir des étudiants en médecine dans la maquette de leur formation de troisième cycle au même titre que les médecins traitants ;

OBJET

Cet amendement propose que les médecins généralistes exerçant dans des associations de soins non programmés et de permanence de soins ambulatoires (PDSA), tels que les 1 300 médecins généralistes de SOS Médecins France puissent avoir toute leur place et être agréés maîtres de stage pour accueillir au sein de leur structure des étudiants, afin qu'ils puissent compléter leur formation à la prise en charge des soins non programmés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	392 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes TAILLÉ-POLIAN et GRELET-CERTENAIS

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2

Alinéa 9

Après le mot :

territoriale

insérer les mots :

, une fois leur nombre global déterminé par le ministre chargé de la santé et par le ministre chargé de l'enseignement supérieur,

OBJET

Cet amendement a pour objet de faire en sorte que le nombre d'internes à former par spécialité et par subdivision territoriale continue d'être fixé nationalement, par les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur, comme le prévoit actuellement l'article L 632-2 du Code de l'éducation dans son alinéa 2.

Certaines spécialités, et notamment la gynécologie médicale, souffrent du manque d'effectifs, avec des conséquences lourdes sur la santé de nos concitoyens, et notamment sur la santé des femmes.

C'est pourquoi il est indispensable que la décision du nombre de postes à ouvrir dans l'ensemble des spécialités continue d'être du ressort des ministres compétents.

Cette compétence oblige en effet les gouvernements à prendre des engagements forts sur le nombre de postes à ouvrir, et à mettre en œuvre par la suite ces engagements.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	642 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme IMBERT, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mme MALET, M. BRISSON,
Mme GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROCHÉ et
RICHER, MM. Daniel LAURENT et SAVARY, Mme DESEYNE, M. MOUILLER, Mme GRUNY,
M. GREMILLET et Mme MORHET-RICHAUD

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 2

Alinéa 9

Compléter cet alinéa par les mots :

déterminés en concertation avec les représentants de la profession dans les départements

OBJET

Il s'agit d'optimiser l'estimation des besoins en santé en lien avec tous les acteurs régionaux

La responsabilité des universités vis-à-vis des départements qui les entourent est insuffisamment énoncée. L'université ne peut plus continuer de former des médecins sans se préoccuper de leurs exercices dans les départements.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	777 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. GREMILLET, Daniel LAURENT et PANUNZI, Mmes THOMAS, CHAIN-LARCHÉ et DEROMEDI, M. POINTEREAU, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et MALET, MM. BRISSON, BONHOMME et KAROUTCHI, Mme LASSARADE et MM. de NICOLAY, CHATILLON et MAGRAS

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 2

Alinéa 9

Compléter cet alinéa par les mots :

déterminés en concertation avec les représentants de la profession des territoires

OBJET

Cet amendement se justifie de lui-même.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	295 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 2

Alinéa 9

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, cette affectation s'effectue en priorité au bénéfice de ceux qui y ont effectué leur premier cycle lorsqu'ils en expriment le souhait dans le cadre de leur projet professionnel ;

OBJET

Par cet amendement, il s'agit d'introduire le principe d'une priorité d'affectation pour celles et ceux qui le souhaitent.

Dans le prolongement de la logique visant à réformer l'accès au 3^{ème} cycle en tenant compte de paramètres davantage liés au parcours, au profil, aux compétences, au projet des étudiant.e.s, il s'agit de préciser les modalités de leur affectation dans les collectivités d'outremer en conférant une priorité à celles et ceux qui y ont effectué leur 1^{er} cycle.

En effet, la complétude des études de médecine n'est pas encore effective dans ces Collectivités où les étudiant.e.s sont obligé.e.s de partir effectuer leur 2^{ème} cycle ce qui de fait amenuise leurs chances de pouvoir exercer la spécialité de leur choix dans leur région d'origine.

Le retour de médecins spécialistes formés est d'autant plus fort que la dimension humaine et culturelle dans la prise en charge des patients est prégnante dans ces régions.

Cet amendement apporte donc une réponse à ces enjeux, pertinente et respectant les principes constitutionnels.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	177 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL, MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE, MM. SUEUR et MONTAUGÉ, Mme HARRIBEY, MM. VAUGRENARD, TODESCHINI et MARIE, Mme LEPAGE, M. Martial BOURQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. Patrice JOLY et DURAN, Mme CONCONNE, M. LUREL, Mme ARTIGALAS, MM. MANABLE et TISSOT, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. KERROUCHE, COURTEAU et TEMAL et Mme MONIER

ARTICLE 2

Alinéa 10, seconde phrase

Après le mot :

formation,

insérer les mots :

le fait d'avoir effectué un ou plusieurs stages dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins,

OBJET

Cet amendement vise à prendre en compte le fait d'avoir effectué un ou plusieurs stages en zones sous-denses dans les modalités d'affectation des postes ouverts aux étudiants en troisième cycle des études de médecine afin de valoriser les étudiants qui ont pris l'initiative, au cours de leurs études, d'effectuer un stage dans l'une de ces zones.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	494 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, Alain MARC, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE et MALHURET,
Mme MÉLOT, MM. MENONVILLE, WATTEBLED et BONNE, Mmes DEROMEDI, GUILLOTIN et
NOËL, MM. BOULOUX et GABOUTY, Mme Nathalie DELATTRE et MM. MANDELLI,
LAMÉNIE et BONHOMME

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 2

Alinéa 10

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Pour garantir l'égalité des chances entre les candidats, les modalités d'affectation s'effectuent dans le respect des conditions d'équité au regard des résultats des épreuves.

OBJET

Afin d'éviter une part subjective trop importante d'un jury d'admission et des distorsions importantes envers les étudiants en fonction de leur région d'origine et des disparités entre les facultés de médecine françaises, la part des résultats aux épreuves devraient être prépondérante.

Tel est l'objet de cet amendement.



**DIRECTION
DE LA SÉANCE**

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	641 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme IMBERT, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mme MALET, M. BRISSON,
Mme GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROCHÉ et
RICHER, MM. Daniel LAURENT et SAVARY, Mme DESEYNE, M. MOUILLER, Mme GRUNY,
M. GREMILLET et Mme MORHET-RICHAUD

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 2

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Pour garantir l'égalité des chances entre les candidats, les modalités d'affectation s'effectuent dans le respect des conditions d'équité au regard des résultats aux épreuves ;

OBJET

Afin d'éviter une part subjective trop importante d'un jury d'admission et des distorsions importantes envers les étudiants en fonction de leur région d'origine et des disparités entre les facultés de médecine françaises, la part des résultats aux épreuves devrait être prépondérante.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	24 rect.
----------------	-------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. SEGOUIN, Mme EUSTACHE-BRINIO, M. LEFÈVRE, Mme GRUNY, M. BRISSON, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. LONGUET, REVET et MORISSET, Mmes DEROMEDI et MALET, MM. GENEST, MANDELLI, LAMÉNIE, PELLELAT, RAPIN, CUYPERS et Bernard FOURNIER, Mmes CANAYER, Anne-Marie BERTRAND et LAMURE et M. GREMILLET

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités de formation théorique des internes en médecine générale en matière de gestion du cabinet, de comptabilité et de fiscalité ;

OBJET

La gestion du cabinet ne doit pas représenter un frein à l'installation des nouveaux médecins généralistes. Or, ils n'ont que peu l'occasion d'aborder au cours de leurs études les principes économiques, financiers ou managériaux liés à la gestion d'un cabinet.

C'est pourquoi cet amendement propose qu'une formation théorique leur soit dispensée au cours de leur troisième cycle de médecine. Cette formation est demandée par bon nombre d'entre eux.

À l'heure actuelle, un nouveau médecin généraliste préfère souvent s'installer en centre ou maison de santé afin d'être entouré de confrères installés. La méconnaissance des modalités de gestion d'un cabinet médicale effraie pour une première installation et peut freiner des projets pourtant cohérents et viables.

Cette formation permettrait de favoriser les premières installations en cabinet et ainsi augmenter les installations en zones rurales, où les centres de santé sont parfois absents.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	105 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes LASSARADE et MICOULEAU, MM. BRISSON, VOGEL, MORISSET et PANUNZI,
Mmes DEROMEDI, MORHET-RICHAUD et BRUGUIÈRE, M. GENEST,
Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. PELLELAT et PIEDNOIR, Mmes CHAIN-LARCHÉ, THOMAS,
DEROCHE et Anne-Marie BERTRAND, M. PONIATOWSKI, Mme de CIDRAC et MM. LAMÉNIÉ et
GREMILLET

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 2

Après l'alinéa 12

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° Les modalités de mise en œuvre de la réforme ;

« ...° La gouvernance de la réforme associant la représentation des établissements publics de santé. »

OBJET

La mise en œuvre de la réforme du troisième cycle s'est traduite par l'affectation d'un plus grand nombre d'internes de médecine générale en ville et d'internes de phase socle en CHU.

Les établissements publics de santé ont dû s'adapter à cette évolution.

Face à ces évolutions, force est de constater une hétérogénéité entre les régions dans la politique d'agrément, et donc de répartition.

Les interventions des ARS ont été très variables, notamment dans le recours aux dérogations au taux d'inadéquation.

Il est aujourd'hui fondamental de revoir et de préciser les conditions de mise en œuvre des réformes des études médicales et le rôle des différents acteurs, notamment des coordonnateurs et des sociétés savantes.

Les établissements doivent également être mieux associés à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques, et à ce titre intégrer la Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie (CNEMMOP).



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	30 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

MM. BONNE, SOL et HENNO, Mmes Marie MERCIER, MALET, PUISSAT, DI FOLCO, BONFANTI-DOSSAT et DEROCHÉ, MM. BASCHER, SAVARY, HUGONET et LEFÈVRE, Mme LASSARADE, MM. LAUGIER et Daniel LAURENT, Mmes ESTROSI SASSONE et DEROMEDI, M. DÉTRAIGNE, Mmes Laure DARCOS et BRUGUIÈRE, MM. BABARY, MORISSET, VOGEL, SAURY, MAYET, GENEST, KAROUTCHI, RAISON, PERRIN, MANDELLI, PELLELAT, LAMÉNIE et Bernard FOURNIER, Mme CHAUVIN, M. CUYPERS, Mme IMBERT, MM. RAPIN, BOULOUX, CHARON, SIDO et Jean-Marc BOYER, Mme LAMURE et M. GREMILLET

ARTICLE 2

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° La gouvernance de la réforme associant la représentation des établissements publics de santé ;

OBJET

Il s'agit de garantir une juste méthode de concertation et de mise en œuvre des réformes des études médicales en y associant les établissements publics de santé afin de prendre en compte leurs besoins réels.

La réforme du troisième cycle s'est traduite par l'affectation d'un plus grand nombre d'internes de médecine générale en ville et d'internes de phase socle en CHU. On constate une hétérogénéité entre les régions dans la politique d'agrément, et donc de répartition. Les interventions des ARS ont été très variables, notamment dans le recours aux dérogations au taux d'inadéquation.

Les établissements doivent donc être davantage associés à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques, et à ce titre intégrer la CNEMMOP.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	294
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 2

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Les modalités de représentation des établissements publics de santé dans le cadre de la gouvernance de la réforme ;

OBJET

Les hôpitaux publics ont dû s'adapter à la mise en œuvre de la réforme du troisième cycle qui s'est traduite par l'affectation d'un plus grand nombre d'internes de médecine générale en ville et d'internes de phase socle en CHU.

Face à ces évolutions, force est de constater une hétérogénéité entre les régions dans la politique d'agrément, et donc de répartition des praticiennes et praticiens.

Il est nécessaire que les établissements de santé, premiers concernés par cette réforme, soient mieux associés à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	672 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. LABBÉ, ANTISTE, ARNELL et ARTANO, Mme BENBASSA, MM. BIGNON, Alain BERTRAND, CABANEL et CASTELLI, Mme Maryse CARRÈRE, M. COLLIN, Mmes CONCONNE et CONWAY-MOURET, MM. CORBISEZ, de NICOLAY, DANTEC et DECOOL, Mme Nathalie DELATTRE, M. DELCROS, Mme DINDAR, MM. GABOUTY, GOLD, GONTARD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mmes JOUVE et LABORDE, MM. LAUREY, LÉONHARDT et MOGA, Mmes MONIER et PRÉVILLE, MM. REQUIER et ROUX, Mme TETUANUI et MM. VALL et VOGEL

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions et modalités dans lesquelles est délivrée une formation relative à la santé par les plantes, la phytothérapie et l'aromathérapie ;

OBJET

Cet amendement vise à transcrire dans la loi une proposition du rapport issu de la mission sénatoriale sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales, adopté par le Sénat en septembre dernier.

Ce rapport recommande ainsi « d'introduire une sensibilisation à la phytothérapie et à la connaissance des plantes médicinales dans la formation initiale des médecins ».

Ce rapport met en effet en lumière l'absence de formation initiale des médecins sur l'usage des plantes médicinales. Or, aujourd'hui, un engouement de plus en plus fort entoure les plantes médicinales et leur consommation. De plus en plus de patients recherchent des soins plus naturels, parfois sans en parler à leur médecin, qui n'est souvent pas formé pour répondre à cette demande, et ne pense pas nécessairement à interroger le patient sur ses pratiques.

Ceci est dommageable, pour plusieurs raisons : d'une part le médecin ne pourra pas prendre en compte les potentielles interactions avec les traitements prescrits, et il ne peut donner une information éclairée au patient, ni lui offrir le choix de recourir aux plantes. D'autre part, les plantes ont un vrai intérêt pour la santé publique. À titre des exemples,

certaines huiles essentielles diminuent la résistance des bactéries aux antibiotiques, effet non négligeable, à l'heure où l'émergence des résistances bactériennes est identifiée par l'OMS comme une menace majeure, et où la consommation d'antibiotiques par l'homme est, en France, supérieure de 30 % à la moyenne européenne.

Il est donc important, à la fois pour des raisons d'opportunités pour la santé publique et pour répondre aux demandes des patients, de développer cette formation des médecins.

Cette inscription dans la loi serait donc l'occasion d'un signal fort, pour remédier à ce déficit de formation des médecins.

Cet enjeu est d'autant plus important dans les Outre-mer, où les usages des plantes sont bien plus répandus qu'en métropole.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	679
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mmes ROSSIGNOL et Martine FILLEUL, MM. JOMIER et DAUDIGNY,
Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et
LUBIN, M. TOURENNE, Mme HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT,
Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE,
MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA,
MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ,
Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN,
MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 2

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Les conditions et modalités dans lesquelles est délivré un enseignement relatif au continuum des violences sexuelles ou sexistes, à leur détection, aux stéréotypes de sexe, au respect du corps d'autrui et de son consentement ;

OBJET

Le présent amendement du groupe socialiste vise à intégrer dans la formation initiale et continue des médecins des modules relatifs aux droits des femmes, aux stéréotypes de sexe et au respect du corps d'autrui. Il s'inscrit dans une approche d'amélioration de la prise en charge de la patientèle et dans la grande cause du quinquennat, afin de mobiliser tous les leviers de notre société pour éradiquer les violences faites aux femmes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	680
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2

Après l'alinéa 13

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Les modalités dans lesquelles est délivré un enseignement relatif à la santé environnementale. »

OBJET

En juin 1999, l'OMS a déclaré lors de la Conférence ministérielle Santé et environnement que « L'environnement est la clé d'une meilleure santé ».

De nouveaux défis sanitaires attendent les professionnels de santé, parmi ces derniers nous retrouvons les impacts de l'environnement sur la santé. Il est donc nécessaire d'adapter la formation des futurs médecins en leur délivrant un enseignement relatif à la santé environnementale, soit les impacts des polluants locaux ou globaux sur notre santé, enjeu majeur de santé publique.

Puisque les personnels du corps médical sont des interlocuteurs privilégiés pour les citoyens sur les questions de santé environnementale, ils répondent à des inquiétudes et ils sont écoutés lorsqu'ils mettent en garde leurs patients. Ainsi, il est nécessaire qu'ils soient formés afin de mieux informer les populations et qu'ils puissent participer aux changements des pratiques dangereuses pour la santé et l'environnement.

Les professionnels de la santé doivent connaître les risques des expositions aux polluants et les solutions à mettre en place : un enseignement relatif à la santé environnementale doit être mis en place dans le cadre des études de médecine.

Tel est l'objet de cet amendement du groupe socialiste.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	827
----------------	-----

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 2

Alinéa 18

Remplacer cet alinéa par douze alinéas ainsi rédigés :

1^o L'article L. 681-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les références : « L. 612-1 à L. 612-7 » sont remplacées par les références : « L. 612-1 à L. 612-2, L. 612-3-1 à L. 612-7 », la référence : « L. 632-1 à » est remplacée par la référence « L. 632-4 et » et la référence : « L. 631-1, » et la référence : « L. 632-12, » sont supprimées ;

b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont applicables dans les îles Wallis et Futuna, dans leur rédaction résultant de la loi n^o du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les articles L. 612-3, L. 631-1, L. 632-1 à L. 632-3 et L. 632-12. » ;

1^o bis L'article L. 683-1 est ainsi modifié :

a) Les références : « L. 612-1 à L. 612-7 » sont remplacées par les références : « L. 612-1 à L. 612-2, L. 612-3-1 à L. 612-7 », la référence : « L. 631-1, » et la référence : « L. 632-12, » sont supprimées et la référence : « L. 632-1 à » est remplacée par la référence : « L. 632-4 et » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sont applicables en Polynésie française, dans leur rédaction résultant de la loi n^o du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les articles L. 612-3, L. 631-1, L. 632-1 à L. 632-3 et L. 632-12. » ;

1^o ter L'article L. 684-1 est ainsi modifié :

a) Les références : « L. 612-1 à L. 612-7 » sont remplacées par les références : « L. 612-1 à L. 612-2, L. 612-3-1 à L. 612-7 », la référence : « L. 631-1, » et la référence :

« L. 632-12, » sont supprimées et la référence : « L. 632-1 à » est remplacée par la référence : « L. 632-4 et » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sont applicables en Nouvelle-Calédonie, dans leur rédaction résultant de la loi n° ... du ... relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les articles L. 612-3, L. 631-1, L. 632-1 à L. 632-3 et L. 632-12. » ;

OBJET

Coordination pour l'application de l'article 2 outre-mer.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	291
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME et BRULIN, M. OUZOULIAS
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2

Après l'alinéa 32

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le premier alinéa de l'article L. 632-1 du code de l'éducation est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elles délivrent des enseignements et se déroulent dans un cadre qui respecte le principe de neutralité applicable à l'enseignement. »

OBJET

Il s'agit, par cet amendement, de rappeler l'exigence de neutralité, notamment économique et commerciale, qui devrait s'imposer à l'ensemble de la fonction publique. Face aux difficultés financières qui touchent de plus en plus d'établissements d'enseignement, ces derniers ont trop régulièrement recours à des partenariats avec des services commerciaux dans une optique de renforcement des ressources propres.

Les établissements d'enseignement de santé ne dérogent malheureusement pas à cette règle. De fait, cela a de véritables conséquences sur la qualité de l'enseignement, comme l'ont montré les enquêtes d'Alternatives économiques, de l'ANEMF et de l'association Formindep. Il n'est en effet pas rare que les professeurs sensés citer le nom des substances médicamenteuses mentionnent directement telle ou telle marque, influençant de fait les pratiques des futurs médecins.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	342
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2

Alinéa 33, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, et sur l'évolution des connaissances et des compétences acquises lors des stages professionnels

OBJET

Le présent amendement a pour objet d'évaluer la qualité des stages proposés aux étudiant.e.s dans le cadre de la future réforme du deuxième cycle.

L'article 2 prévoyant une évaluation d'ici 2024 du remplacement du numerus clausus par des nouvelles modalités d'évaluation des connaissances et des compétences, nous proposons d'y ajouter une évaluation des stages professionnels dont la qualité ne doit pas être dévaluée par l'augmentation du nombre d'étudiant.e.s formé.e.s sans moyens financiers supplémentaires pour les universités.

Tel est le sens de notre amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	274
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2 BIS

Alinéa 2, première phrase

1^o Après le mot :

territoires

insérer les mots :

notamment dans les zones sous-denses

2^o Compléter cette phrase par les mots :

notamment dans les centres de santé

OBJET

Les auteur.e.s de l'amendement souhaitent préciser que les différents territoires visés dans cet alinéa peuvent être des déserts médicaux. Elles et ils souhaitent également mentionner les centres de santé comme pouvant être un lieu et un mode d'exercice à privilégier.

Ces deux ajouts répondent à une double problématique, l'une répondant aux besoins des populations vivant en zone sous dense, et l'autre répondant aux préoccupations des jeunes médecins souhaitant exercer de façon collective et salariée.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	31 rect. bis
----------------	--------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. BONNE et HENNO, Mmes MALET, Marie MERCIER, PUISSAT, DI FOLCO, DEROCHÉ et BONFANTI-DOSSAT, MM. BASCHER, SAVARY, HUGONET et LEFÈVRE, Mmes MORHET-RICHAUD et GRUNY, M. BRISSON, Mmes LASSARADE et ESTROSI SASSONE, MM. Daniel LAURENT, MORISSET, VOGEL, SOL, SAURY, PELLEVAT, PERRIN, PONIATOWSKI, MOUILLER, MAYET, MANDELLI, LAMÉNIE, KAROUTCHI, Bernard FOURNIER et DÉTRAIGNE, Mmes Laure DARCOS, DEROMEDI, CHAUVIN et BRUGUIÈRE, M. BABARY, Mme DELMONT-KOROPOULIS, MM. PIEDNOIR, CUYPERS, DÉRIOT et RAPIN, Mmes Anne-Marie BERTRAND et de CIDRAC, MM. LONGEOT, SEGOUIN, BOULOUX, CHARON, SIDO et Jean-Marc BOYER, Mmes LAMURE et RENAUD-GARABEDIAN et M. GREMILLET

ARTICLE 2 BIS

Alinéa 2

1^o Première phrase

Remplacer les mots :

et modes d'exercice

par les mots :

, modes d'exercice et type de structures

2^o Seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

ainsi qu'en établissement médico-social

OBJET

Le secteur du grand âge souffre d'une pénurie certaine de personnels, dû notamment au manque d'attractivité de la filière, mais aussi à la désaffection des étudiants pour ces métiers.

La formation initiale des étudiants en médecine, même si les cursus développent aujourd'hui une formation en gériatrie et gérontologie, ne met pas suffisamment en avant les atouts objectifs des carrières dans ce secteur.

Aussi, il faut encourager les étudiants et particulièrement les internes à réaliser des stages dans les lieux d'accueil des personnes âgées, notamment en EHPAD afin de les sensibiliser à la question de l'accompagnement de des personnes âgées dépendantes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N°	283
----	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2 BIS

Alinéa 2, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

dans le respect de la dignité et des droits des patients

OBJET

Alors que les récentes mobilisations des patient.e.s et des soignant.e.s ont mis en avant les phénomènes de maltraitance dans notre système de santé, dont la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme a montré le caractère systémique, il est important de définir que l'objectif même des études de médecine est de former des soignant.e.s. à une prise en charge plus humaine respectueuse des droits des patients.

Cette proposition de l'association AIDES va dans le sens d'une santé plus respectueuse.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	682
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 2 BIS

Alinéa 2, seconde phrase

Après le mot :

Elles

insérer les mots :

favorisent la participation des patients dans les formations pratiques et théoriques et

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise à rétablir la participation des patients dans les formations pratiques et théoriques des études de médecine.

Les patients apportent des éclairages différents de ceux des professeurs lorsqu'ils interviennent auprès des étudiants. Des patients enseignants ayant des expertises dans au moins un domaine de la santé sont déjà à l'œuvre dans les formations initiales de plusieurs universités de médecine de France. Vivre avec la maladie est une source de connaissances qu'il est nécessaire d'inculquer aux jeunes étudiants. Ces pratiques permettant de mettre en interaction futurs médecins et malades ne sont pas nouvelles ; elles ont fait leurs preuves et il faut soutenir leur incorporation dans le milieu soignant. Il s'agit, selon L'OMS, d'un enjeu de responsabilité sociale des facultés de médecine. Ce projet de loi ayant pour ambition de transformer les études médicales et le système de santé, il ne peut faire l'impasse de la promotion des soins centrés certes sur les maladies mais également sur les malades.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	525 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. MANABLE et TOURENNE, Mme MONIER, MM. MAZUIR et VALLINI et Mme ARTIGALAS

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 2 BIS

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles favorisent la participation des patients dans les formations pratiques et théoriques.

OBJET

Différents travaux de recherche internationaux ont démontré l'apport important de la participation des patients à la formation initiale et continue des professionnels de santé.

Elle améliore la qualité et l'efficacité des soins et des accompagnements. Cette participation, en donnant aux professionnels accès aux savoirs et aux réalités vécues par les usagers de la santé, développe leur capacité d'attention à autrui, favorise les processus de décision partagée concernant les soins et les accompagnements, tout en contribuant au pouvoir d'agir et à la dignité des personnes. Certaines universités ont introduit dans leur formation la participation des patients à la formation des futurs professionnels. Il est indispensable de systématiser cette participation.

L'action du mouvement « Associations nos savoirs » qui a rédigé un appel au développement de cette participation et dont le manifeste a été signé par la ministre des solidarités et de la santé, montre l'adhésion à cette démarche de nombreux professionnels.

L'amendement vise à inscrire dans la loi l'essor de cette démarche.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	458 rect.
----------------	--------------

2 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. CANEVET, Mme BILLON, M. DÉTRAIGNE, Mme FÉRAT et M. MOGA

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2 BIS

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les étudiants sont également sensibilisés aux théories homéopathiques.

OBJET

L'homéopathie représente un intérêt majeur en termes de santé publique. C'est pourquoi il paraît nécessaire que les étudiants en cycle de médecine soient informés de recours aux prescriptions homéopathiques considérant qu'une part de plus en plus importante de la population française souhaite recourir à ce type de prescriptions.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	547
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 2 BIS

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles permettent également aux étudiants d'acquérir les compétences en matière de prise en charge des personnes fragiles et vulnérables, notamment les femmes et les enfants victimes de violence, les personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

OBJET

Cet amendement vise à renforcer la formation des personnels soignants en matière de prise en charge des patients vulnérables.

Il n'est pas toujours aisé pour un médecin de repérer les maltraitances chez une personne, pour un médecin, qu'elles soient verbalisées ou non, faire un constat clinique puis de donner l'alerte si nécessaire en rédigeant un certificat médical pour coups et blessures. La méconnaissance chez les professionnel-le-s de santé des facteurs des risques, des symptômes (lésions traumatiques, plaintes gynécologiques, plaintes somatiques chroniques, troubles de l'alimentation, etc..) et des dispositifs existants est un obstacle à la prise en charge adéquat des victimes de violence.

Cela permettra d'améliorer la prise en charge globale des patients, et d'armer les professions médicales à mieux répondre aux enjeux.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	548
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 2 BIS

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles délivrent aux étudiants une formation administrative et leurs permettent d'acquérir des compétences en matière de gestion du personnel.

OBJET

Cet amendement vise à intégrer à la formation des étudiants en médecine un objectif d'acquisition de compétences en matière de gestion du personnel.

Si les conditions de travail et les rapports professionnels peuvent parfois poser problème au sein de certaines structures médicales ou médico-sociales, il ne serait pas entendu que rien ne soit fait pour améliorer la gestion du personnel alors que les médecins ne sont toujours pas formés à ces compétences. De même, il n'est pas envisageable de reprocher aux personnels encadrants une mauvaise gestion du personnel alors que cette compétence ne leur est aucunement enseignée.

Cette compétence est de nature à améliorer structurellement la qualité de l'offre de soin puisque celle-ci tend à améliorer la gestion des ressources humaines au sein des établissements et services où évolueront les futurs médecins. En effet, les futurs médecins que sont les internes et les externes comptent parmi le personnel de service des CHU et doivent aussi être visés par cette disposition. Par conséquent, cette disposition agirait aussi en faveur d'une amélioration de la formation de l'ensemble des étudiants en médecine à long-terme.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	550
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIH, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 2 BIS

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles permettent aux étudiants de se familiariser à la question de la santé environnementale.

OBJET

Cet amendement vise à développer les formations initiales et continues des professionnels de santé sur la santé environnementale.

D'après l'OMS, « l'environnement est la clef d'une meilleure santé ». Les liens entre santé et environnement sont de mieux en mieux appréhendés par la science sans que la prise en main de ces sujets par les professionnels de santé soit encore suffisante.

Les professionnels de santé sont pourtant des interlocuteurs de confiance et les premiers contactés par les citoyens inquiets. Lors de leur formation initiale, les futurs professionnels n'ont quasiment aucun cours/module ou crédit sur la santé-environnement. Impacts sanitaires et risques de l'exposition à la pollution de l'air, perturbateurs endocriniens, nanomatériaux, électrosensibilité, pollution de l'eau, exposition d'une femme enceinte ou des enfants aux pesticides dans l'air... De plus en plus de questions sont soulevées par les citoyens, les professionnels de santé doivent être informés des risques et des solutions afin de réduire les expositions. Ils doivent également pouvoir identifier des impacts sanitaires liés à des expositions environnementales. En développant de nouveaux cours ou en révisant des modules existants, les futurs professionnels de santé seront préparés à ces défis. Il est aussi primordial d'organiser des formations continues à destination des professionnels de la santé. En effet, sur ces thèmes de la santé environnementale, les connaissances progressent rapidement et la formation continue est donc un levier important.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	185 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL, MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE, MM. SUEUR, MONTAUGÉ, VAUGRENARD, TODESCHINI et MARIE, Mme LEPAGE, M. Martial BOURQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. Patrice JOLY, DURAN et LUREL, Mmes ARTIGALAS et CONCONNE, MM. MANABLE et TISSOT, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. COURTEAU et TEMAL et Mme MONIER

ARTICLE 2 BIS

Compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... – L'article L. 4021-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Des orientations relatives à la santé environnementale. »

... – Le chapitre I^{er} du titre III du livre VI de la troisième partie du code de l'éducation est complété par un article L. 631-... ainsi rédigé :

« Art. L. 631-.... – Durant les formations de santé, un enseignement relatif à la santé environnementale est dispensé. »

OBJET

Cet amendement, relayé par l'association France Nature Environnement, vise à développer les formations initiales et continues des professionnels de santé sur la santé environnementale.

En développant de nouveaux cours ou en révisant des modules existants, les futurs professionnels de santé seront préparés aux défis sanitaires environnementaux (pollution de l'air, perturbateurs endocriniens, nanomatériaux, électrosensibilité, pollution de l'eau, exposition d'une femme enceinte ou des enfants aux pesticides dans l'air).

Il est enfin primordial d'organiser des formations continues à destination des professionnels de la santé. En effet, sur ces thèmes de la santé environnementale, les connaissances progressent rapidement et la formation continue est donc un levier important.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	551
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 2 BIS

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles délivrent aux étudiants une formation en matière de prise en charge des personnes en fin de vie, d'utilisation des soins palliatifs et de prise en charge de la douleur.

OBJET

Cet amendement vise à s'assurer que les études médicales comportent une formation en matière de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur.

Cette disposition permettra ainsi de préparer les étudiants à une problématique de plus en plus présente du fait de l'évolution des technologies médicales.

L'accompagnement à la fin de vie est un acte thérapeutique très particulier, il nécessite à ce titre une formation particulière dont il faut s'assurer par la loi qu'elle sera dispensée. De plus, la problématique tend à se complexifier dans la mesure où les patients tiennent de plus en plus à finir leur vie à domicile. Dans ce contexte, le médecin doit pouvoir accompagner la fin de vie du patient en HAD sans nécessairement pouvoir compter sur les assistants spécialistes de médecine palliative déployés depuis 2010.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	552
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 2 BIS

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles délivrent aux étudiants une formation en matière d'imagerie médicale.

OBJET

Cet amendement a pour objet de confier une plus grande autonomie aux médecins et, par conséquent, de fluidifier le parcours de soin du patient en lui évitant un recours au spécialiste pour la manipulation et l'interprétation ayant trait à l'imagerie médicale. Les délais de prise en charge en seraient diminués, de même que le nombre d'actes pratiqués au cours d'un même parcours médical.

La disposition proposée présente l'avantage d'offrir une meilleure coordination avec la nouvelle organisation du système de santé qui de cette loi. Comme l'a rappelé le Gouvernement, les plateaux techniques d'imagerie médicale seront conservés dans l'ensemble des hôpitaux de proximité. Or, la ministre a affirmé que ces plateaux techniques feront l'objet d'une utilisation partagée entre personnels hospitaliers et praticiens libéraux.

Dans ce contexte, et afin d'enrichir la cohérence de la réforme proposée, il paraît nécessaire de former les étudiants en médecine à l'imagerie médicale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	56 rect.
----------------	-------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme NOËL, MM. DUFAUT, Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et
MM. LAMÉNIE, PONIATOWSKI, PERRIN et RAISON

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2 BIS

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les étudiants médecins du troisième cycle devront effectuer, parmi les stages de 6 mois d'internat leur étant imposés, au moins un stage situé en zone caractérisée par une offre de soins suffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434 du code de la santé publique.

OBJET

La santé et les problématiques d'accès aux soins se sont imposées comme préoccupations majeures des Français dans le cadre du Grand débat national. Il y a dans notre pays environ 3,2 médecins pour 1000 habitants, alors que la moyenne des pays de l'OCDE est de 3,6.

Les internes en médecine ont en majorité passé leurs six premières années d'études dans une ville de grande taille. La plupart des arrivants en troisième cycle ont fait une grande partie de leurs stages en centres hospitaliers universitaires. Il y a donc une méconnaissance du monde rural, des territoires et de leur attractivité.

Une récente étude menée par la commission jeunes médecins du CNOM, composée des structures représentatives des étudiants, internes et jeunes médecins, a montré que 81 % d'entre eux affirmaient s'être installés après avoir été remplaçants (dont 41 % dans le territoire où ils avaient été remplaçants).

Si l'Assemblée Nationale a jugé, lors de l'examen du texte en première lecture, comme un non-sens d'imposer un stage obligatoire en zone faiblement peuplée ou caractérisée par une offre de soins suffisante au sens du Code de la santé publique, les étudiants médecins de troisième cycle vont être amenés dans les trois années d'études à s'installer durablement après leur stage.

Dans un contexte où trouver un médecin en milieu rural mais aussi en zone péri-urbaine relève d'un véritable parcours du combattant, cet amendement vise à augmenter, à terme, le nombre de médecins dans ces territoires trop peu représentés par la profession.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, avis 516, 515)

N°	225
----	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LAFON

au nom de la commission de la culture

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 2 BIS

Alinéa 4

Compléter cet alinéa par les mots :

ainsi que de réaliser des stages pratiques dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définies en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

OBJET

Les étudiants en médecine des 2ème et 3ème cycles doivent être encouragés à réaliser des stages dans les zones sous-denses, afin qu'ils découvrent, concrètement, les modes d'exercice de la médecine sur ces territoires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	499 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. CHASSEING, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE, MALHURET et Alain MARC, Mme MÉLOT, MM. MENONVILLE, WATTEBLED et VOGEL, Mmes DEROMEDI, GUILLOTIN et NOËL, MM. BOULOUX, GABOUTY et NOUGEIN, Mme Nathalie DELATTRE, MM. LONGEOT, MANDELLI, LAMÉNIÉ et BONHOMME, Mme RENAUD-GARABEDIAN et M. GREMILLET

ARTICLE 2 BIS

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Au cours du deuxième cycle, elles offrent aux étudiants la possibilité de réaliser des stages pratiques dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définies en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

OBJET

Les stages jouent un rôle déterminant dans les choix d'installation des futurs professionnels de santé. Cet amendement vise à encourager les étudiants de deuxième cycle des études de médecine à effectuer des stages en zones sous-denses.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	772 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme GRUNY, M. MAGRAS, Mme RAMOND, M. COURTIAL, Mme TROENDLÉ, MM. PERRIN et
RAISON, Mmes Laure DARCOS, NOËL et BERTHET, MM. REICHARDT et PIEDNOIR,
Mme DEROMEDI, M. SAVARY, Mme LASSARADE, M. Daniel LAURENT, Mme PROCACCIA,
MM. LEFÈVRE, CHAIZE, de LEGGE et KAROUTCHI, Mme LAMURE, MM. BONHOMME,
CUYPERS, DANESI, SIDO, LONGUET et GILLES, Mme MORHET-RICHAUD et MM. SEGOUIN,
DUFAUT et GREMILLET

ARTICLE 2 BIS

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Au cours du troisième cycle, elles permettent à l'étudiant qui poursuit ses études de médecine dans une autre région que la sienne de réaliser son stage d'internat dans son département d'origine.

OBJET

Cet amendement vise à permettre à un étudiant en médecine de 3^e cycle de réaliser son stage obligatoire d'internat dans son département d'origine, même s'il poursuit ses études dans une autre région que la sienne. En effet, le lieu du stage effectué par l'étudiant décide à 60 % du lieu d'installation du futur praticien, ce qui est important pour les départements touchés par la désertification médicale.

Pour prendre un exemple : aujourd'hui, une majorité des étudiants de l'Aisne qui se destinent à la médecine générale vont à la faculté à Reims (pour des raisons de proximité), c'est à dire dans un autre département, une autre région, une autre agence régionale de santé. Ils ont aujourd'hui l'obligation de faire leur stage dans le périmètre de leur université, soit le Grand Est. Sans accord pédagogique et sans possibilité de transaction financière entre les agences régionales de santé (le maître de stage est rémunéré), les Axonais qui étudient à la faculté de médecine de Reims ne peuvent pas faire leur stage d'internat dans l'Aisne.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	55 rect.
----------------	-------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme NOËL, MM. DUFAUT, Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et
MM. LAMÉNIE, PONIATOWSKI, PERRIN et RAISON

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 2 BIS

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les stages en médecine ambulatoire spécialisée comme la gynécologie, la pédiatrie ou l'ophtalmologie sont désormais ouverts aux étudiants du deuxième cycle.

OBJET

Les études de médecine en France compte un nombre désuet de stages en médecine ambulatoire qu'il est nécessaire de relever. Réaliser un stage d'une durée de trois mois en médecine générale est une obligation pour les étudiants en deuxième cycle depuis un arrêté du 4 mars 1997. Le constat est pourtant tristement insatisfaisant. En effet, par manque de maîtres de stage universitaires chez les médecins généralistes, en 2015, 71 % des externes ont effectué ce stage, et moins d'un sur deux en Ile-de-France (41 %). L'obligation des stages en médecine ambulatoire eux, ne sont apparus qu'à partir de la réforme du troisième cycle en application du décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016. Cet amendement vise à ouvrir la possibilité aux étudiants de deuxième cycle, de réaliser leur stage obligatoire en médecine ambulatoire.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	797
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 2 BIS

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase du second alinéa, après la référence : « L. 632-2 », sont insérés les mots : « du présent code ».

OBJET

Amendement de coordination.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	789 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

M. SAVIN, Mme Laure DARCOS, MM. BRISSON et KERN, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. HENNO, PIEDNOIR, GUERRIAU et LAUGIER, Mme DEROMEDI, MM. Daniel LAURENT et PACCAUD, Mme DURANTON, M. VASPART, Mmes RAMOND, Marie MERCIER, LASSARADE, BRUGUIÈRE et RAIMOND-PAVERO, MM. SOL, DUFAUT et Bernard FOURNIER, Mme NOËL, M. MOGA, Mme GRUNY, MM. HOUPERT et BOULOUX, Mme BILLON, M. MALHURET, Mme VULLIEN, MM. DECOOL et de NICOLAY, Mme IMBERT, M. POINTEREAU, Mmes FÉRAT et GATEL, M. KAROUTCHI, Mme LAMURE, MM. BONHOMME, LAMÉNIÉ, MANDELLI, SIDO, BOUCHET, GREMILLET et DARNAUD, Mme de CIDRAC et M. GENEST

ARTICLE 2 BIS

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... - Le parcours de formation des étudiants en médecine intègre un module obligatoire relatif à la prescription d'activités physiques adaptées dans une démarche thérapeutique mentionnées à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique.

Les conditions d'application du présent article ainsi que le contenu de cet enseignement sont définis par voie réglementaire.

OBJET

Cet amendement a pour objet d'intégrer dans le parcours de formation des étudiants en médecine un module de formation obligatoire concernant la prescription d'activités physiques adaptées dans une démarche thérapeutique. Il s'agit d'inscrire dans la loi la 6ème préconisation de l'INSERM publiée le 14 février dernier dans un rapport démontrant l'importance de la pratique sportive chez les patients atteints d'ALD et préconisant la prescription systématique d'activités physiques.

L'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé permet que, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant puisse prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

Cette prescription d'activité physique adaptée par le médecin traitant a été déclinée par le décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique

adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD).

Cette pratique du « sport sur ordonnance » s'adresse à 10 millions de personnes souffrant d'ALD telles que la maladie de Parkinson, certains cancers, le diabète, ... et permet d'améliorer leur condition physique, de diminuer la dépendance du système de soin à l'allopathie, de réduire les risques de récurrence ou de ré-hospitalisation.

C'est pourquoi l'intégration à la formation des futurs médecins d'un module obligatoire qui permettra d'appréhender les bénéfices des activités physiques pour la santé ainsi que l'environnement et les professionnels susceptibles d'intervenir dans cette démarche de soins est nécessaire.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	390 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DINDAR, Catherine FOURNIER et
GUIDEZ et M. CAPO-CANELLASARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 2 BIS

Après l'article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 1435-3 du code de la santé publique, il est inséré un
alinéa ainsi rédigé :« Tout contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec un réseau de santé, un
centre de santé, un pôle de santé ou une maison de santé peut, le cas échéant par avenant,
lui assigner des objectifs sur le nombre minimal d'étudiants à accueillir en application des
articles L. 4131-6 du présent code ou L. 632-5 du code de l'éducation. »**OBJET**Cet amendement a pour objet de permettre aux signataires d'un CPOM impliquant un
réseau de santé, un centre de santé, un pôle de santé ou une maison de santé de fixer des
objectifs en termes de participation à la formation pratique des étudiants en médecine.De tels objectifs ne semblent pas s'inscrire dans le catalogue des clauses d'un CPOM tel
qu'il résulte des articles L. 6114-2 et L. 6114-3 du code de la santé publique, sauf à
donner de ces dispositions une interprétation particulièrement large.Certes, les conventions sont la loi des parties si bien que rien n'empêche l'ARS et, par
exemple, une MSP d'ajouter des objectifs qui ne sont pas formellement exigés par le
législateur. À cet égard, et on ne peut que s'en féliciter, l'Exécutif, par arrêté ou circulaire,
invite effectivement les projets des centres et maisons de santé à prévoir des mesures en
faveur de la formation des étudiants.Néanmoins, une simple circulaire ou un simple arrêté laissent l'ARS bien démunie face à
un service qui, bien que disposant manifestement des moyens d'accueillir des étudiants,
refuse (puisque tout engagement est évidemment une contrainte) de s'engager sur ce
point. Elle l'est même davantage en cours d'exécution du CPOM : lorsque l'accueil de

stagiaires n'a pas été prévu lors de la conclusion du contrat, mais qu'il apparaît, après deux ou trois années, qu'il est aisément réalisable, il peut être bien difficile, pour l'ARS, d'obtenir un avenant pour prendre en compte cette nouvelle donne. L'efficacité du soutien que les textes peuvent alors lui apporter dans une négociation gagnerait à ne pas émaner seulement de ses propres ministres de tutelle.

L'option de la loi à l'insertion d'une clause sur l'accueil de stagiaires, le cas échéant par avenant, ne peut par conséquent que la faciliter.

C'est à cela que tend le présent amendement qui, pour se faire, adopte vis-à-vis des acteurs la solution la plus souple qui soit.

Dans un souci de souplesse, En effet, selon le dispositif qui vous est proposé, les engagements à prendre par le service de santé ne conditionnent pas la conclusion d'un CPOM : il appartiendra aux acteurs, et notamment à l'ARS, d'apprécier si les circonstances locales rendent réaliste l'insertion de tels engagements et, dans l'affirmative, d'en préciser la portée. En s'appuyant sur la volonté clairement exprimée par le législateur de voir, dans toute la mesure du possible, les CPOM comprendre ces engagements, l'ARS pourrait plus aisément en faire une condition de la conclusion d'un CPOM et, ce faisant, convaincre un service récalcitrant à l'excès.

Toujours dans un souci de souplesse, la porte est expressément ouverte à une adaptation en cours de période couverte par le CPOM au cas où le contrat original n'aurait rien prévu sur ce point. Notamment, s'il apparaissait que l'évolution des circonstances locales met le service en mesure d'accueillir un stagiaire, voire plusieurs, l'ARS serait invitée par la loi elle-même à prendre l'initiative de demander l'ajout d'une clause sur ce point.

L'amendement s'inscrit ainsi dans une optique de conviction des acteurs et donc de confiance à leur égard ; il ne va pas jusqu'à ajouter expressément l'accueil d'étudiants parmi les clauses obligatoires d'un CPOM.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	16 rect. ter
----------------	--------------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DINDAR, Catherine FOURNIER,
GUIDEZ
et les membres du groupe Union Centriste

ARTICLE 2 TER

I. – Après l’alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Après les mots : « étudiants de », sont insérés les mots : « deuxième cycle et de » ;

II. – Compléter cet article par trois alinéas ainsi rédigés :

...° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les conditions de l’agrément des praticiens agréés-maîtres de stage des universités, qui comprennent une formation obligatoire auprès de l’université de leur choix ou de tout autre organisme habilité, sont fixées par décret en Conseil d’État.

« L’agrément peut être accordé aux praticiens installés depuis au moins un an pour une durée maximale de cinq ans. »

OBJET

Le présent amendement a pour objet de faciliter l’agrément des praticiens maîtres de stage des universités accueillant des étudiants de deuxième et de troisième cycles de médecine :

- En faisant relever du domaine législatif la durée maximale de l’agrément à 5 ans ;

- En alignant la durée d’exercice professionnel requise à 1 an pour tous les cycles de médecine ;

- En autorisant les praticiens à suivre une formation que ce soit par l’intermédiaire de formations organisées par le DMG de la faculté de leur choix, ou de formations pédagogiques indemnisées telles que proposées par CNGE Formation par exemple.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	350 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme COSTES, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN, CORBISEZ, GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mmes JOUVE et LABORDE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et VALL

ARTICLE 2 TER

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Les mots : « peuvent être autorisés à effectuer » sont remplacés par le mot : « effectuent » ;

OBJET

Cet article vise à imposer aux étudiants en médecine de troisième cycle d'effectuer des stages auprès de praticiens en dehors des CHU. Rendre obligatoire les stages des internes en médecine auprès de praticiens exerçant en libéral permettrait de lutter contre les déserts médicaux tout favorisant la mise en contact de ces futurs médecins avec un territoire et ses habitants.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	553
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 2 TER

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins généralistes exerçant dans des associations de soins non programmés et de permanence de soins ambulatoires peuvent être agréés-maître de stage et accueillir des étudiants en médecine dans la maquette de leur formation de troisième cycle au même titre que les médecins traitants. »

OBJET

Dans le cadre de la refonte des études médicales, les étudiants en troisième cycle des études de médecine sont amenés à réaliser des stages dans divers services hospitaliers ou en ambulatoire.

Pourtant, aujourd'hui, tous les étudiants de troisième cycle n'ont pas la possibilité de faire leur stage au sein d'associations de soins non programmés et de permanence de soins ambulatoires (PDSA), ce qui est regrettable et alors même que nous sommes dans un contexte global de pénurie de professionnels de santé sur tout le territoire national.

De plus, la suppression du numerus clausus va augmenter significativement le nombre d'étudiants en médecine et le corollaire sera une augmentation de la demande de stage de qualité. Il faut donc augmenter le nombre de terrains de stages disponibles et assouplir le statut du maître de stage.

Aussi, le présent amendement propose que les médecins généralistes exerçant dans des associations de soins non programmés et de permanence de soins ambulatoires (PDSA), tels que les 1 300 médecins généralistes de SOS Médecins France puissent avoir toute leur place et être agréés maître de stage pour accueillir au sein de leur activité des étudiants

afin de compléter leur nécessaire formation à la prise en charge des soins non programmés et urgents.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	554
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. MOHAMED SOILHI, HASSANI, THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER,
MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET,
DENNEMONT, GATTOLIN, HAUT, KARAM, MARCHAND, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et
RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 2 TER

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« À Mayotte, les étudiants de troisième cycle de médecine générale peuvent être autorisés à effectuer une partie de leurs stages pratiques dans des dispensaires. »

OBJET

Mayotte est caractérisée par une situation sanitaire particulière à laquelle répond un maillage spécifique de l'offre de santé.

Étant donné la géographie de l'île, plusieurs dispensaires assurent une partie de l'offre de soin sur l'île, en lien avec le Centre Hospitalier de Mayotte (CHM). Par conséquent, une grande partie de l'offre de soin est conditionnée par la présence de médecins dans ces dispensaires, de sorte à ce que la population locale puisse bénéficier de consultations de médecine sans devoir se rendre au CHM. Cette mesure permettra ainsi de diminuer l'embolie des services du CHM.

Enfin, permettre aux internes de médecine de pouvoir développer une expérience de stage en dispensaire à Mayotte contribuera au redressement de la situation sanitaire à Mayotte et enrichira utilement la formation des internes de médecine.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	341 rect.
----------------	--------------

31 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 2 TER

Après l'article 2 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4131-6 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa et dans des conditions fixées par décret, les étudiants de troisième cycle de médecine générale peuvent être autorisés à effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès de praticiens spécialistes agréés exerçant dans les collectivités d'outre-mer. »

OBJET

Le présent amendement a pour objet d'ouvrir la possibilité aux étudiant.e.s de troisième cycle de médecine d'effectuer une partie de leurs stages pratiques non pas uniquement auprès de praticiens généralistes mais également auprès de praticiens spécialistes lorsque ces derniers exercent dans un territoire ultra-marin.

L'objectif de cet amendement est, outre d'offrir un panel plus large de stages aux étudiant.e.s de troisième cycle de médecine, de lutter contre le phénomène de désertification médicale auquel sont confrontés les territoires d'Outre-mer.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	440
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LUREL, Mmes JASMIN, CONCONNE, LEPAGE et GHALI, MM. TODSCHINI et MAZUIR,
Mme ARTIGALAS et MM. MANABLE et MONTAUGÉ

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 2 TER

Après l'article 2 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4131-6 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa et dans des conditions fixées par décret, les étudiants de troisième cycle de médecine générale peuvent être autorisés à effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès de praticiens spécialistes agréés exerçant dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution. »

OBJET

Le présent amendement a pour objet d'ouvrir la possibilité aux étudiants de troisième cycle de médecine d'effectuer une partie de leurs stages pratiques non pas uniquement auprès de praticiens généralistes mais également auprès de praticiens spécialistes lorsque ces derniers exercent dans un territoire ultramarin.

L'objectif de cet amendement est, outre d'offrir un panel plus large de stages aux étudiants de troisième cycle de médecine, de lutter contre le phénomène de désertification médicale auquel sont confrontés les territoires d'Outre-mer.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	140 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme BONFANTI-DOSSAT, M. BRISSON, Mmes EUSTACHE-BRINIO et MICOULEAU, MM. LEFÈVRE, de NICOLAY, COURTIAL, VOGEL et MORISSET, Mmes PUISSAT, MORHET-RICHAUD, DEROMEDI, TROENDLÉ et LOPEZ, MM. GENEST et PONIATOWSKI, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. MANDELLI, BONNE, PELLEVAT, PIERRE, Bernard FOURNIER et CHARON, Mme LAMURE, M. LAMÉNIE et Mme de CIDRAC

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 2 TER

Après l'article 2 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase du dernier alinéa de l'article L. 4381-1 du code de la santé publique est complétée par les mots : « hormis pour le dernier stage de la formation de masso-kinésithérapie ».

OBJET

Cet amendement propose de permettre une augmentation de la patientèle des masseurs kinésithérapeutes lorsqu'ils accueillent un étudiant en cinquième année de formation dans le cadre de son « clinicat ». Ceci est déjà possible pour les médecins avec les étudiants stagiaires en médecine.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	275
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 3

Alinéa 2

Après le mot :

certification

insérer les mots :

réalisée par des organismes ou des structures, sans lien direct ou indirect, avec les industries de santé

OBJET

Cet amendement fait suite au débat en première lecture à l'Assemblée nationale sur la formation continue des médecins et sur lequel la Ministre de la santé s'est montrée sensible.

Les auteur.e.s de l'amendement souhaitent, en effet, que la formation continue des médecins lors de procédure de certification ne puisse être assurée par des organismes ou structures en lien avec les industries de la santé, afin d'éviter tout conflit d'intérêt.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	822
----------------	-----

2 JUIN 2019

S O U S - A M E N D E M E N T

à l'amendement n^o 275 de Mme COHEN et les membres du groupe
communiste républicain citoyen et écologiste

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 3

Amendement n^o 275, dernier alinéa

Rédiger ainsi cet alinéa :

indépendante de tout lien d'intérêt

OBJET

L'amendement n^o 275 vise à garantir que la procédure de certification sera réalisée par des organismes ou des structures sans lien direct ou indirect avec les industries de santé.

Le présent sous-amendement tend à prévoir que cette garantie d'indépendance n'est pas limitée aux liens avec les industries de santé mais qu'elle s'étend à « tout lien d'intérêt ».



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	297
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 3

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

en vue notamment d'assurer la qualité et la sécurité des soins et de favoriser l'accompagnement global des patients

OBJET

Le présent amendement vise à préciser le cadre de l'habilitation de l'article 3 et les finalités recherchées à travers la procédure de certification des médecins.

Outre le maintien des compétences, la certification des médecins doit s'inscrire dans une double perspective : assurer la qualité de notre système de soins et favoriser l'accompagnement global des patient.e.s.

Tel est le sens de cet amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	555
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Défavorable
Retiré	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS,
Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT,
KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD,
Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 3

Alinéa 3

Après le mot :

professionnels

insérer les mots :

en exercice ou en devenir

OBJET

La recertification des médecins est une mesure qui permettra de garantir et de maintenir le haut niveau de qualification de nos médecins.

Il ne saurait être entendu qu'il faille circonscrire cette mesure aux seuls nouveaux médecins. La recertification, pour garantir la qualité de l'ensemble des consultations médicales, doit profiter à l'ensemble des patients, et donc être appliquée à l'ensemble des médecins qu'il est possible de consulter.

Sans cette mesure en faveur de l'égalité de traitement des médecins devant la recertification de leurs compétences, il sera créé un système avec deux catégories de médecins : ceux dont les connaissances seront systématiquement contrôlées et certifiées, et ceux qui auraient le choix de se soumettre ou non à cette mesure.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	397 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Défavorable
Retiré	

M. PIEDNOIR, Mmes DEROCHÉ et BRUGUIÈRE, M. BONNE, Mme ESTROSI SASSONE,
M. MEURANT, Mmes DELMONT-KOROPOULIS et Laure DARCOS, MM. SAVIN, PERRIN et
RAISON, Mme DEROMEDI, MM. LEFÈVRE et MANDELLI, Mme LAMURE et MM. LAMÉNIE,
REVEL, BONHOMME, KAROUTCHI et GREMILLET

ARTICLE 3

Alinéa 3

Après le mot :

organismes

insérer les mots :

, notamment universitaires,

OBJET

Cet amendement a pour objet d'intégrer les universités dans la procédure de certification des professionnels de santé en ce qui concerne le niveau des connaissances.

Le présent projet de loi prévoit d'opérer, à échéance régulière, une vérification de l'état des connaissances et des compétences des professionnels de santé concernés par la mesure.

L'article 3 prévoit ainsi que le Parlement autorise le Gouvernement à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'exercice de la profession de médecin. Il est ainsi proposé d'associer les universités pour transmettre aux futurs médecins certifiés toutes les connaissances nouvelles et actualisées et ainsi répondre aux enjeux de santé publique.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	522 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. MANABLE et TOURENNE, Mme MONIER, MM. MAZUIR et VALLINI et Mmes HARRIBEY et ARTIGALAS

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 3

Après l'alinéa 3

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Développer les formations de maîtres de stage des universités au sein des maisons de santé situées dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définis en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

L'agence régionale de santé s'assure que dans chaque maison de santé subventionnée qu'un médecin au moins suive les formations de maître de stage des universités.

OBJET

Il s'agit de s'assurer que davantage d'étudiants en médecine puissent effectuer des stages dans ces zones sous-denses en personnel de santé. Pour cela il faut développer les formations de maîtres de stage.

Il est donc proposé, que dans les critères de financement des maisons de santé par les ARS, une obligation soit faite pour le médecin sur place de suivre les formations de maîtres de stage des universités.

La lutte contre les déserts médicaux et la satisfaction aux besoins de la population doit passer par des conditions permettant aux étudiants de deuxième année d'effectuer leur stage dans ces territoires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	616 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mmes ROSSIGNOL et LEPAGE, M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. IACOVELLI et DAUDIGNY,
Mme CONCONNE, MM. MANABLE, Martial BOURQUIN, TOURENNE et TEMAL,
Mmes MONIER et BLONDIN, MM. MAZUIR et MARIE et Mme GRELET-CERTENAIS

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 3

Après l'article 3

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-1-.... – Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant les dispositifs de couverture santé et les conditions financières associées, la prise en charge des personnes en situation de pauvreté ou de précarité, et les problématiques spécifiques rencontrées par les familles monoparentales.

« Un décret précise les modalités d'application du présent article pour chaque formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur médico-social. »

OBJET

Le présent amendement, inspiré par l'UNIOPSS, vise à inscrire dans la loi la formation des professionnels de santé et médico-sociaux aux dispositifs de couverture santé, et aux spécificités de la prise en charge des personnes en situation de précarité et des familles monoparentales.

Ce sont majoritairement des femmes qui constituent la population des familles monoparentales, et elles sont davantage touchées par la précarité. Il s'agit donc d'adapter les politiques publiques pour répondre à une inégalité entre les femmes et les hommes largement dénoncée dans le cadre du grand débat national ; et à baisser le poids des violences économiques subies par les femmes.

Cet amendement est en partie issu du rapport Cornu-Pauchet-Denormandie sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et en situation de précarité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	460
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 3 BIS A

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le I de l'article L. 1521-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 1110-1-1 est applicable à Wallis-et-Futuna dans sa rédaction résultant de la loi n^o du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, et sous réserve des adaptations prévues au II du présent article. ».

OBJET

L'article L. 1110-1-1 est déjà applicable à Wallis et Futuna dans sa rédaction actuelle. Le présent amendement vise à rendre également applicables à ce territoire les modifications apportées à l'article L. 1110-1-1 par le présent article.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	169 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mmes Martine FILLEUL, MEUNIER et LEPAGE, MM. LUREL, MANABLE, ANTISTE, MAZUIR et MARIE, Mme TOCQUEVILLE, MM. DURAN et TISSOT, Mme BLONDIN, M. FICHET, Mme GUILLEMOT, M. KERROUCHE, Mme ROSSIGNOL, MM. TOURENNE et LECONTE, Mme PEROL-DUMONT, M. TEMAL et Mmes MONIER et GRELET-CERTENNAIS

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 3 BIS A

Après l'article 3 bis A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-1-.... – Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des victimes de violences familiales et sexuelles, les enjeux liés aux droits sexuels et reproductifs ainsi que les problématiques relatives aux stéréotypes et violences de genre.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application des dispositions du présent article. »

OBJET

Aujourd'hui, la détection des violences sexuelles par les médecins et les autres professionnels de santé fait défaut, notamment en raison du manque de formation du corps médical sur ces questions, qu'il s'agisse de la prise en charge des victimes de violences ou des liens entre certaines pathologies et les conséquences post-traumatiques des violences subies dans le passé.

En 2004, lors de sa première enquête, le Dr Gilles Lazimi, médecin généraliste membre du Haut Conseil à l'Egalité, a démontré que sur 100 patientes interrogées, 22 disaient avoir été victimes de violences sexuelles, 90 % d'entre elles n'en ayant jamais parlé auparavant. La libération de cette parole a permis d'élucider certaines des pathologies dont elles souffraient. Toutes les enquêtes menées par la suite ont mis en exergue le même résultat : environ 20 % des patientes, toutes pathologies confondues, avaient subi des

violences sexuelles. Éclaircir cette situation permettrait de leur proposer une prise en charge adaptée pour les soigner, sachant que 97% des femmes interrogées sont favorables à la mise en place d'un questionnaire et d'un dépistage systématique des violences. Or, en l'absence de prise en charge adaptée, ces violences ont des conséquences sur la santé des patientes. Il y a donc un réel enjeu à la détection des violences sexuelles par les professionnels de santé, qui est déjà identifié depuis plusieurs années. Il est d'ailleurs au cœur de l'objectif 12 du 5^{ème} plan de lutte contre toutes les violences faites aux femmes : « Renforcer le repérage des victimes de violences sexuelles et libérer la parole des femmes, notamment par la formation des professionnel.le.s ».

Il en est de même pour les formations dispensées en matière d'éducation à la sexualité et aux droits sexuels et reproductifs : dans la pratique, certains professionnels peuvent se montrer insuffisamment formés à la pratique de ces actes et à l'accueil des femmes pour des cas d'IVG et de suivi de contraception, ce qui peut mener à des situations douloureuses pour les femmes.

Enfin, des études ont récemment mis en lumière de nombreux cas de violences gynécologiques et obstétricales, d'infantilisation ou de défiance vis-à-vis de la souffrance des femmes de la part de professionnels de santé. Ces situations ne doivent plus durer. Les femmes doivent pouvoir franchir sereinement la porte des cabinets médicaux et des hôpitaux. La formation du personnel médical doit donc comporter une sensibilisation aux stéréotypes de genre.

Cet amendement propose ainsi que la formation continue et l'entretien des compétences et des connaissances des médecins intègre ces enjeux.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	673 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. LABBÉ, ANTISTE, ARNELL et ARTANO, Mme BENBASSA, MM. BIGNON, Alain BERTRAND, CABANEL et CASTELLI, Mmes Maryse CARRÈRE, CONCONNE et CONWAY-MOURET, MM. CORBISEZ, de NICOLAY, DANTEC et DECOOL, Mme Nathalie DELATTRE, M. DELCROS, Mme DINDAR, MM. GONTARD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mmes JOUVE et LABORDE, MM. LAUREY, LÉONHARDT et MOGA, Mmes MONIER et PRÉVILLE, MM. REQUIER et ROUX, Mme TETUANUI et M. VOGEL

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 3 BIS A

Après l'article 3 bis A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-1-... . – Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant les usages des plantes médicinales, la phytothérapie et l'aromathérapie.

« Un décret détermine les modalités d'application des dispositions du présent article dans chaque formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur médico-social. »

OBJET

Cet amendement s'appuie sur les recommandations du rapport issu de la mission sénatoriale sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales, adopté par le Sénat en septembre dernier.

Ce rapport met en avant l'intérêt de la médecine par les plantes, en complément avec les médecines conventionnelles.

Que ce soit pour la prévention, et le maintien en état de bonne santé, pour soigner des pathologies, ou accompagner des traitements conventionnels, les plantes médicinales ont un véritable potentiel. Dans certains cas, le recours aux plantes est plus efficace que les traitements conventionnels, avec moins d'effets secondaires, dans d'autres, les plantes

peuvent être utilisées en association avec les médecines conventionnelles, comme certaines huiles essentielles qui diminuent la résistance des bactéries aux antibiotiques.

Malgré ces éléments sur l'intérêt des plantes pour la santé, le rapport sénatorial met en lumière la faible de formation des professionnels de santé sur l'usage des plantes médicinales.

Or, aujourd'hui, un engouement de plus en plus fort entoure ces produits. De plus en plus de patients recherchent des soins plus naturels, mais peinent à trouver une offre correspondante auprès des professionnels de santé. Cela limite leur accès à une information éclairée concernant leur santé, et les choix de soins qu'ils peuvent effectuer.

Cet amendement s'appuie également sur la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023, qui établit que, face à l'augmentation de la demande sur les médecines complémentaires et traditionnelles, et notamment sur les plantes médicinales, il est nécessaire d'avoir une sensibilisation et une information, ainsi qu'une meilleure intégration de ces médecines, pour garantir la protection du patient et sa liberté de choix.

Cet enjeu est d'autant plus important dans les Outre-mer, où les usages des plantes et les médecines traditionnelles sont bien plus répandus qu'en métropole.

Afin de garantir un meilleur accès à l'information des patients, et une réponse à leur demande de soins à base de plantes, cet amendement vise à inscrire dans la loi la formation des professionnels de santé et du secteur médico-social à la santé par les plantes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	674 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. LABBÉ, ANTISTE, ARNELL et ARTANO, Mme BENBASSA, MM. BIGNON, Alain BERTRAND, CABANEL et CASTELLI, Mmes Maryse CARRÈRE, CONCONNE et CONWAY-MOURET, MM. CORBISEZ, de NICOLAY, DANTEC et DECOOL, Mme Nathalie DELATTRE, M. DELCROS, Mme DINDAR, MM. GABOUTY, GONTARD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mmes JOUVE et LABORDE, MM. LAUREY et MOGA, Mmes MONIER et PRÉVILLE, MM. REQUIER et ROUX, Mme TETUANUI et MM. VALL et VOGEL

ARTICLE 3 BIS

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le 11^o de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o La promotion de la santé par les plantes, des activités de recherche et de formation des professionnels de santé concernant la phytothérapie et l'aromathérapie, afin de mieux les intégrer dans le système de soins. »

OBJET

Cet amendement s'appuie sur le rapport issu de la mission sénatoriale pour le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales, qui recommande « d'intégrer les plantes médicinales à leur juste place au sein du système de soins ».

Ce rapport sénatorial met en lumière à la fois le véritable engouement de la population pour le recours aux plantes médicinales, mais aussi la réelle opportunité que constituent ces soins pour la santé.

Que ce soit pour la prévention, et le maintien en état de bonne santé, pour soigner des pathologies, ou accompagner des traitements conventionnels, les plantes médicinales ont un véritable potentiel. À titre d'exemple, certaines huiles essentielles diminuent la résistance de bactéries aux antibiotiques. C'est un effet non négligeable, à l'heure où l'émergence des résistances bactériennes est identifiée par l'OMS comme une menace majeure, et où la consommation d'antibiotiques par l'homme est, en France, supérieure de 30 % à la moyenne européenne.

Or aujourd'hui, les professionnels de santé sont insuffisamment formés à ces usages. Le nombre d'heures consacré aux plantes en pharmacie a diminué, et la formation initiale des médecins est inexistante.

Ceci est dommageable, non seulement parce que l'on se prive de thérapies efficaces, mais aussi parce que les professionnels de santé ne peuvent pas, dans bien des cas, prendre en compte les potentielles interactions avec les traitements prescrits.

Il est donc important que l'intégration de la médecine par les plantes soit l'un des objectifs de la politique de santé, à la fois pour des raisons d'opportunités de la santé publique, mais aussi pour répondre aux demandes des patients, et à leur droit à une information éclairée.

Cet enjeu est d'autant plus important dans les Outre-mer, où les usages des plantes sont bien plus répandus qu'en métropole.

Cette inscription de la médecine par les plantes dans les objectifs de la politique de santé serait donc l'occasion d'un signal fort, pour remédier à sa faible prise en compte en France. Tel est l'objet de cet amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	384
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme PRÉVILLE

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 4

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Afin de favoriser la mixité sociale, le nombre de places fixé pour la signature d'un contrat d'engagement de service public comporte 50 % d'étudiants boursiers.

OBJET

Le contrat d'engagement service public doit favoriser la mixité sociale et inciter par l'aide au financement des études, les futurs professionnels de santé à s'installer dans les zones où l'offre de soins est menacée.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)
(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	385
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme PRÉVILLE

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 4

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Afin de favoriser la mixité sociale, le nombre de places fixé pour la signature d'un contrat d'engagement de service public comporte 30 % d'étudiants boursiers.

OBJET

Amendement de repli.

Le contrat d'engagement service public doit favoriser la mixité sociale et inciter par l'aide au financement des études, les futurs professionnels de santé à s'installer dans les zones où l'offre de soins est menacée.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	76 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. MOUILLER, BONNE et SOL, Mme DUMAS, MM. DAUBRESSE, GUERRIAU, MORISSET et Daniel LAURENT, Mme DEROMEDI, M. Loïc HERVÉ, Mme LAMURE, MM. KENNEL et MANDELLI, Mme BRUGUIÈRE, MM. MOGA, Bernard FOURNIER, CUYPERS, GENEST, PRIOU et REVET, Mmes DEROCHE, RAMOND, ESTROSI SASSONE et GRUNY, M. BRISSON, Mme BONFANTI-DOSSAT, M. SAVARY, Mme Laure DARCOS, MM. DÉTRAIGNE et MAYET, Mmes MALET et CHAUVIN et MM. PONIATOWSKI, MEURANT, de NICOLAY, BOULOUX et POINTEREAU

ARTICLE 4

Après l'alinéa 18

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Après la deuxième phrase du même quatrième alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ils sont également situés dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux définis au I du L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

OBJET

Les contrats d'engagement de service public ont pour objet d'inciter les futurs médecins à s'installer dans des zones en sous-densité médicale. La liste actuelle des lieux concernés proposés par le Centre national de gestion sur proposition des Agences Régionales de Santé concerne pour sa quasi-totalité des centres hospitaliers.

Or, même dans des zones qui ne sont pas considérées comme des zones sous-dotées, les établissements et services sociaux et médico-sociaux peinent à recruter des médecins. La nécessité par ailleurs de décroisonner secteur médico-social et sanitaire au profit d'une population vulnérable est indispensable. Les contrats d'engagement de service public pourraient en être un levier.

L'objet de cet amendement est d'ouvrir le bénéfice de l'exercice médical des praticiens signataires d'un contrat d'engagement de service public aux établissements et services sociaux et médico-sociaux quel que soit leur lieu d'implantation et non aux sels ESSMS situés en zone sous-dotée.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, avis 515)

N ^o	420
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LONGEOT

au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

C	Avis du Gouvernement
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 4

Alinéa 20

Remplacer le mot :

deux

par le mot :

trois

OBJET

Cet amendement vise à sécuriser, pour les étudiants en médecine et en odontologie, le contrat d'engagement de service public en alignant la durée du bénéfice du zonage des zones sous-denses sur celle de l'internat de médecine générale.

Le contrat d'engagement de service public est un dispositif incitatif s'adressant aux étudiants en médecine et en odontologie qui s'engagent à exercer, à l'issue de leur formation, pendant une durée équivalente et au moins égale à deux ans dans des zones sous-denses, en contrepartie d'une allocation mensuelle. Ils choisissent leur lieu d'exercice sur une liste établie sur proposition des agences régionales de santé.

L'objectif de cet amendement est ainsi de permettre aux signataires de tels contrats de se projeter à plus long terme dans un territoire, sans inquiétude quant à l'évolution future du zonage.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	683
----------------	-----

28 MAI 2019

AMENDEMENT

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Favorable
Adopté	

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL, MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mme HARRIBEY, M. LUREL, Mme BLONDIN, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mmes GHALI et Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 4

Alinéa 20

Remplacer le mot :

deux

par le mot :

trois

OBJET

Cet amendement vise à sécuriser pour les étudiants en médecine et en odontologie le contrat d'engagement de service public en alignant la durée du bénéfice du zonage des zones sous-denses sur celle de l'internat de médecine générale.

Le contrat d'engagement de service public est un dispositif incitatif s'adressant aux étudiants en médecine et en odontologie qui s'engagent à exercer, à l'issue de leur formation, pendant une durée équivalente et au moins égale à deux ans dans des zones sous-denses, en contrepartie d'une allocation mensuelle. Ils choisissent leur lieu d'exercice sur une liste établie sur proposition des agences régionales de santé. L'objectif

est ainsi de permettre aux signataires de tels contrats de se projeter à plus long terme dans un territoire, sans inquiétude quant à l'évolution future du zonage.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	32 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Favorable
Adopté	

MM. BONNE et HENNO, Mmes Marie MERCIER, MALET, PUISSAT, DI FOLCO, DEROCHÉ et BONFANTI-DOSSAT, M. CANEVET, Mmes Laure DARCOS et DEROMEDI, M. DÉTRAIGNE, Mmes BRUGUIÈRE et ESTROSI SASSONE, MM. Bernard FOURNIER et GENEST, Mme GRUNY, MM. HUGONET, LAMÉNIE, LEFÈVRE, Daniel LAURENT, MANDELLI, MOGA, MORISSET, MOUILLER, KAROUTCHI, MAYET, BABARY, PELLEVAL, PERRIN, RAISON, SAVARY, SAURY, SOL et VOGEL, Mmes DELMONT-KOROPOULIS et Anne-Marie BERTRAND, MM. BOULOUX, CHARON, SIDO et Jean-Marc BOYER, Mme LAMURE et M. GREMILLET

ARTICLE 4

Alinéa 20

Remplacer le mot :

deux

par le mot :

trois

OBJET

Les étudiants signataires d'un contrat d'engagement de service public s'engagent à s'installer dans une zone définie par les zonages et les cartographies des ARS à la fin de leur cursus, en échange d'un accompagnement et d'un financement pendant celui-ci.

Le texte tel qu'il est proposé sécurise les zones éligibles dans les deux ans précédant une nouvelle cartographie. Or l'internat de Médecine Générale dure trois ans.

En l'état actuel de la réglementation, la publication d'une nouvelle cartographie la veille de leur installation obligerait les étudiants à reconstruire la totalité de leur projet vers un nouveau territoire, et entraînerait soit un retard correspondant à la mise en place d'un nouveau projet d'installation, soit une rupture du contrat par l'étudiant souhaitant réaliser le projet initial, qui devra alors s'acquitter de pénalités.

Cet amendement propose donc de faire coïncider la cartographie des ARS avec la durée de l'internat.

Ainsi un interne débutant son internat pourra d'emblée se projeter dans un territoire et construire au mieux sa formation en cohérence avec son projet pour pouvoir s'installer au plus vite à la fin de son cursus, sans le risque que son installation soit compromise au dernier moment.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	298
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Avis du Gouvernement
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 4

Alinéa 20

Remplacer le mot :

deux

par le mot :

trois

OBJET

Actuellement les étudiant.e.s en médecine et en odontologie qui s'engagent par le contrat d'engagement de service public exercent, à l'issue de leur formation, pendant une durée équivalente et au moins égale à deux ans dans des zones sous-denses, en contrepartie d'une allocation mensuelle.

Ils choisissent leur lieu d'exercice sur une liste établie sur proposition des agences régionales de santé.

En alignant la durée du bénéfice du zonage des zones sous-denses sur celle de l'internat de médecine générale les signataires pourront se projeter à plus long terme dans un territoire, sans inquiétude quant à l'évolution future du zonage.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	540 rect. quater
----	------------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Favorable
Adopté	

MM. CHASSEING, BIGNON, CAPUS, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE,
LAUFOAULU, MALHURET et Alain MARC, Mme MÉLOT, MM. MENONVILLE, WATTEBLED,
GABOUTY et BONHOMME et Mme NOËL

ARTICLE 4

Alinéa 20

Remplacer le mot :

deux

par le mot :

trois

OBJET

L'article 4 du projet de loi a pour objet de faciliter les débuts de carrière des professionnels de santé, notamment pour les internes ayant signé un contrat d'engagement de service public. Ceux-ci peuvent choisir leur futur lieu d'exercice sur une liste nationale établie par le Centre national de gestion sur proposition des ARS, par voie réglementaire.

Le projet de loi propose d'adapter cette disposition en maintenant sur la liste des lieux d'exercice, caractérisés par des conditions d'offre et d'accès aux soins, des lieux qui remplissaient ces conditions dans les deux ans précédant la publication de la liste. Cette proposition de bon sens permet aux internes de construire leur projet d'installation sur la durée.

Le présent amendement vise à augmenter la durée du maintien dans la liste des lieux à trois ans, c'est-à-dire la durée de l'internat, pour améliorer la visibilité des internes en début d'internat.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	147 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

MM. RAISON, PERRIN et DARNAUD, Mmes THOMAS, CHAIN-LARCHÉ et EUSTACHE-BRINIO, MM. JOYANDET et GILLES, Mme GUIDEZ, MM. MAYET et REVET, Mme LOPEZ, MM. CHARON, Daniel LAURENT, GENEST et Bernard FOURNIER, Mmes CHAUVIN et DEROMEDI, M. CUYPERS, Mmes JOISSAINS et RAIMOND-PAVERO, MM. PELLELAT, PIERRE, MEURANT, SAURY, de NICOLAY, POINTEREAU, VASPART et PRIOU, Mme Catherine FOURNIER, M. LAMÉNIE, Mme LAMURE et M. GREMILLET

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À l'article L. 162-2, après les mots : « liberté d'installation du médecin, », sont insérés les mots : « sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-5 et » ;

2° Après le 2° bis de l'article L. 162-5, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions à remplir par les médecins exerçant à titre libéral pour être conventionnés, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ; ».

OBJET

Le présent amendement conditionne le conventionnement des médecins avec l'Assurance maladie à leur installation dans les zones définies par les agences régionales de santé (ARS) caractérisées notamment par « une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ».

L'article appliquerait aux médecins des dispositions similaires à celles existant pour d'autres professions médicales, et qui ont largement fait leurs preuves. Le dispositif le plus ancien concerne les pharmacies. Le mécanisme a été appliqué aux infirmiers en 2008

et pérennisé en 2011. Il a été étendu en 2012 aux masseurs-kinésithérapeutes, aux sages-femmes, aux chirurgiens-dentistes et aux orthophonistes.

Ce mécanisme compléterait utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous dotées mais dont la portée apparaît insuffisante dans ces territoires. Ce sont les deux piliers d'une même stratégie, qui ne peut fonctionner correctement si l'un vient à manquer.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	179 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL,
MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE,
MM. SUEUR, MONTAUGÉ, VAUGRENARD, TODESCHINI et MARIE, Mme LEPAGE, M. Martial
BOURQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. Patrice JOLY, DURAN et LUREL, Mmes ARTIGALAS et
CONCONNE, MM. MANABLE et TISSOT, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. COURTEAU et TEMAL et
Mme MONIER

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « liberté d'installation du médecin, » sont insérés les mots : « sans préjudice du respect du principe d'égal accès aux soins et ».

OBJET

Cet amendement vise à introduire une précision au sein de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale relatif aux libertés d'exercice et d'installation des médecins afin de faire apparaître la nécessité, pour les médecins, de prendre en compte le principe d'égal accès aux soins.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	365 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. VALL, ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme COSTES, MM. DANTEC, GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et MENONVILLE

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « liberté d'installation du médecin, » sont insérés les mots : « sans préjudice du respect du principe d'égal accès aux soins et ».

OBJET

Cet amendement précise que la liberté d'installation des médecins ne doit pas porter atteinte au principe d'égal accès aux soins.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, avis 515)

N ^o	422
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LONGEOT

au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « liberté d'installation du médecin, » sont insérés les mots : « sans préjudice du respect du principe d'égal accès aux soins et ».

OBJET

Cet amendement vise à introduire une précision au sein de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale relatif aux libertés d'exercice et d'installation des médecins afin de faire apparaître la nécessité de prendre en compte le principe d'égal accès aux soins.

Le Conseil constitutionnel et le Conseil d'État ont consacré ce principe à plusieurs reprises, comme corollaire du droit à la santé résultant du onzième alinéa du Préambule de 1946.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	437 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. VASPART, BIZET, RAISON et MANDELLI, Mmes RAMOND et RAIMOND-PAVERO, MM. NOUGEIN, PELLEVAT, PAUL, PERRIN, BASCHER, GENEST, MEURANT, BRISSON et Daniel LAURENT, Mme DEROMEDI, M. de LEGGE, Mme NOËL, MM. BOULOUX et POINTEREAU, Mme LAMURE et MM. LAMÉNIE, SEGOUIN et GREMILLET

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « liberté d'installation du médecin, » sont insérés les mots : « sans préjudice du respect du principe d'égal accès aux soins et ».

OBJET

Cet amendement vise à introduire une précision au sein de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale relatif aux libertés d'exercice et d'installation des médecins afin de faire apparaître la nécessité de prendre en compte le principe d'égal accès aux soins.

Le Conseil constitutionnel et le Conseil d'État ont consacré ce principe à plusieurs reprises, comme corollaire du droit à la santé résultant du onzième alinéa du Préambule de 1946.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	366 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

MM. VALL, ARTANO et Alain BERTRAND, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme COSTES, MM. GABOUTY, GOLD et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et MENONVILLE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 20° bis Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins ainsi que, le cas échéant, les mesures de limitation d'accès au conventionnement dans les zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins ; ».

II. – Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-.... – I. – En l'absence de conclusion d'accord dans les conditions prévues au 20° bis de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans les douze mois suivant la promulgation de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, l'accès des médecins au conventionnement est régulé dans les conditions suivantes :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins, les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins. Dans ces zones, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone.

« L'alinéa précédent cesse d'avoir effet à la date d'entrée en vigueur de l'accord prévu au 20° bis de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article. »

OBJET

Cet amendement vise à permettre une meilleure régulation de l'offre de soins et notamment des installations des médecins libéraux en renvoyant à la négociation conventionnelle entre les médecins et l'assurance-maladie la détermination des conditions dans lesquelles les médecins doivent participer à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins et - en l'absence d'accord sur ce point - en mettant en place un système de conventionnement sélectif pour limiter les installations des médecins dans les zones sur-dotées, comme cela existe déjà pour les infirmiers, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-orthodontistes.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	232 rect. quater
----	------------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

31 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. Martial BOURQUIN, SUEUR et TISSOT, Mmes Gisèle JOURDA, CONCONNE et PRÉVILLE, MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et MARIE, Mmes TAILLÉ-POLIAN, BLONDIN et GUILLEMOT, MM. MONTAUGÉ, IACOVELLI et TOURENNE, Mmes JASMIN et MEUNIER, MM. TEMAL, VAUGRENARD et HOULLEGATTE, Mme TOCQUEVILLE, MM. MAZUIR et MANABLE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, M. Patrice JOLY, Mme Martine FILLEUL, MM. DEVINAZ et KERROUCHE, Mme MONIER, M. Joël BIGOT et Mme GRELET-CERTENAIS

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-.... – Dans les zones définies par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

OBJET

Avec cet amendement, inspiré de la proposition de loi de Guillaume Garot, il est proposé de mettre en place un conventionnement « sélectif » ou « territorialisé » des médecins libéraux pour assurer une meilleure répartition de ces praticiens sur le territoire national.

Les derniers chiffres publiés le 12 octobre 2017 par l'Ordre des Médecins concernant la démographie médicale sont particulièrement alarmants, notamment pour la médecine générale. La situation est également inquiétante pour certaines spécialités médicales.

La France comptait ainsi, au 1^{er} janvier 2017, 88 137 médecins généralistes « en activité régulière » contre 97 012 en 2007, soit une baisse de près de 10 000 généralistes en activité en moins de 10 ans. Selon les projections du Conseil de l'Ordre, cette baisse

devrait s'accroître dans les 10 prochaines années avec, sur la période 2007-2025, le départ à la retraite d'un médecin généraliste sur quatre.

Si les zones rurales sont particulièrement en souffrance, la désertification médicale touche également les zones péri-urbaines, le cœur de certaines villes et les collectivités d'outre-mer. Rapportée aux variations de la population, l'Atlas 2017 démontre également que ces disparités territoriales peuvent être plus graves qu'il n'y paraît : alors que dans 45 départements la population générale est en hausse, le nombre de médecins est en baisse.

Un récent rapport de la Cour des Comptes établit un diagnostic sans appel sur l'inégalité d'accès aux soins. Il met en lumière les impasses que connaît notre système de santé, et démontre que tous les instruments incitatifs à la disposition de l'assurance maladie et de l'État n'ont pas permis de lutter suffisamment contre les disparités territoriales, qui ne cessent de s'aggraver. Des disparités territoriales qui seraient de plus, très coûteuses, pour les patients, mais aussi pour l'assurance maladie.

Dans l'objectif de lutter contre l'aggravation de ce phénomène, le présent amendement étend aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé (pharmacies, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes).

L'adoption d'un tel principe de conventionnement territorial des médecins libéraux permettrait de compléter utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous dotées qui ont été mis en place dans le cadre du PLFSS 2018 et du plan « santé 2022 ». En matière de lutte contre les déserts médicaux, il est en effet urgent de mobiliser l'ensemble des solutions possibles, en particulier lorsque celles-ci ont déjà fait leurs preuves pour d'autres professions de santé.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	228 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. VASPART, LONGEOT, BIZET, RAISON et MANDELLI, Mme RAIMOND-PAVERO,
MM. NOUGEIN, PELLELAT, MAYET, PAUL, PERRIN, BASCHER, GENEST, MEURANT,
BRISSON et Daniel LAURENT, Mme DEROMEDI, M. de LEGGE, Mme NOËL, M. GUENÉ,
Mme LAMURE et MM. LAMÉNIÉ et GREMILLET

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 20° bis Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins ainsi que, le cas échéant, les mesures de limitation d'accès au conventionnement dans les zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins ; »

II. – Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-.... – À titre expérimental pour une durée de trois ans, en l'absence de conclusion d'accord dans les conditions prévues au 20° bis de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale dans les douze mois suivant la promulgation de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, l'accès des médecins au conventionnement est régulé dans les conditions suivantes :

« Le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin général ou spécialiste ne peut intervenir que dans la limite, pour chaque spécialité ou groupe de spécialités, de seuils d'effectifs par zone, définis par les agences régionales de santé, en fonction des besoins de santé des populations.

« Les dispositions du présent article sont applicables aux médecins libéraux entrants en exercice à compter de la promulgation de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, détermine les conditions d'application du présent article.

« Au plus tard trois mois avant son terme, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation. Ce rapport évalue en particulier la contribution de ce dispositif à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins. »

OBJET

Cet amendement tend à réguler les installations de médecins sur l'ensemble du territoire national, en mettant en œuvre la recommandation privilégiée par la Cour des comptes pour réduire efficacement et à court terme les inégalités territoriales dans l'accès aux soins, à savoir un dispositif de *conventionnement individuel* (voir le rapport de 2017 *L'avenir de l'assurance maladie*).

En premier lieu, en lien avec la position adoptée en commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, cet amendement pose le principe d'un renvoi aux négociations conventionnelles entre les syndicats de médecins et l'assurance maladie, leur laissant le choix des moyens (conventionnement sélectif, individuel ou autre) pour aboutir à une solution négociée de nature à traiter efficacement les déserts médicaux.

En second lieu, cet amendement met en place un système dit de conventionnement individuel sur l'ensemble du territoire, applicable uniquement aux médecins entrants en exercice : les agences régionales de santé (ARS) fixeraient un nombre cible de postes de médecins conventionnés (généralistes et spécialistes) dans chaque région et chaque département en fonction de critères de densité. Dans chaque région et département, les médecins entrants en exercice ne pourraient accéder au conventionnement à l'assurance-maladie que sous réserve de rentrer dans ces effectifs cibles. Cette mesure, même si elle peut sembler moins efficace qu'un conventionnement individuel également applicable aux médecins en exercice comme l'évoque la Cour des comptes mais qui aurait pour sa part des conséquences sociales trop importantes, permettra d'orienter indirectement les médecins vers les zones sous-denses et de maîtriser l'évolution démographique dans les zones sur-dotées.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	178 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL, MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE, MM. SUEUR, MONTAUGÉ, VAUGRENARD, TODESCHINI et MARIE, Mme LEPAGE, M. Martial BOURQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. Patrice JOLY, DURAN et LUREL, Mmes ARTIGALAS et GRELET-CERTENAIS, MM. MANABLE et TISSOT, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. COURTEAU et TEMAL et Mme MONIER

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-.... – À titre expérimental pour une durée de trois ans, en l'absence de conclusion d'accord dans les conditions prévues au 20° bis de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale dans les douze mois suivant la promulgation de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral dans les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine ces zones par arrêté, après concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins et après avis du conseil territorial de santé.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article.

« Au plus tard trois mois avant son terme, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation. Ce rapport évalue en particulier la contribution de ce dispositif à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins. »

OBJET

Malgré les propos de la ministre des solidarités et de la santé qui pense qu'il est trop tard pour mettre en place une véritable régulation de l'offre médicale sur le territoire, cet amendement reprend le principe de la proposition de loi défendue par Guillaume Garot visant à instaurer un conventionnement sélectif pour lutter efficacement contre la désertification médicale.

Dans l'objectif de lutter contre l'aggravation de ce phénomène, le présent amendement étend à titre expérimental aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes).

L'adoption d'un tel principe de conventionnement territorial des médecins libéraux permettrait de compléter utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous dotées qui ont été mis en place dans le cadre du PLFSS 2018 et du plan « ma santé 2022 ».

En matière de lutte contre les déserts médicaux, il est en effet urgent de mobiliser l'ensemble des solutions possibles, en particulier lorsque celles-ci ont déjà fait leurs preuves pour d'autres professions de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, avis 515)

N ^o	421 rect.
----------------	--------------

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LONGEOT

au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-.... – À titre expérimental pour une durée de trois ans, en l'absence de conclusion d'accord dans les conditions prévues au 20^o bis de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale dans les douze mois suivant la promulgation de la loi n^o du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral dans les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine ces zones par arrêté, après concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins et après avis du conseil territorial de santé.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article.

« Au plus tard trois mois avant son terme, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation. Ce rapport évalue en particulier la contribution de ce dispositif à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins. »

OBJET

Se justifie pas son texte même .



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, avis 515)

N ^o	423
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LONGEOT

au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 20^o de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins. »

OBJET

Cet amendement vise à instaurer une obligation de négocier, dans le cadre de la convention nationale entre les médecins et l'assurance-maladie, sur la contribution des médecins à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins, sur le modèle d'une disposition adoptée par le Sénat lors de l'examen en première lecture du projet de loi portant modernisation de notre système de santé en 2015, sur proposition des trois rapporteurs de la commission des affaires sociales, nos collègues Alain Milon, Catherine Deroche et Elisabeth Doineau. En outre, le texte de la motion adoptée par le Sénat et tendant à opposer la question préalable à la délibération de ce projet de loi en nouvelle lecture en décembre 2015 faisait explicitement référence à cette disposition : « Considérant que l'obligation de négocier sur les installations en zones sous-denses et sur-denses lors du renouvellement de la convention médicale est un moyen nécessaire pour répondre à l'existence des déserts médicaux ». Aussi, le présent amendement constitue un minimum pour marquer la nécessité d'une participation des médecins à l'effort national qui doit être fait pour rapprocher l'offre de soins des patients et être à la hauteur de la promesse du contrat social français.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	438 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. VASPART, BIZET, RAISON et MANDELLI, Mmes RAMOND et RAIMOND-PAVERO,
MM. NOUGEIN, PELLELAT, MAYET, PAUL, PERRIN, BASCHER, GENEST, MEURANT,
BRISSON et Daniel LAURENT, Mme DEROMEDI, M. de LEGGE, Mme NOËL, MM. BOULOUX et
POINTEREAU, Mme LAMURE et MM. LAMÉNIÉ et GREMILLET

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa
ainsi rédigé :« ...° Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités
territoriales dans l'accès aux soins. »**OBJET**

Cet amendement vise à instaurer une obligation de négocier, dans le cadre de la convention nationale entre les syndicats de médecins et la Caisse nationale d'assurance-maladie, sur la contribution des médecins à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins.

Le dispositif proposé reprend une disposition adoptée par la commission des affaires sociales à l'initiative de ses trois co-rapporteurs, nos collègues Alain Milon, Catherine Deroche et Élisabeth Doineau, lors de l'examen en première lecture du projet de loi portant modernisation de notre système de santé en 2015. Toutefois cet amendement diffère de celui adopté en commission en 2016 puisqu'il ne fait pas explicitement référence à une négociation portant sur le conventionnement.

En première lecture, le Sénat avait en effet adopté une position équilibrée et ambitieuse sur la question de la désertification médicale. D'ailleurs, ce point a été en partie à l'origine de l'échec de la commission mixte paritaire comme le montre le considérant suivant de la question préalable adoptée par la commission des affaires sociales en nouvelle lecture : « Considérant que l'obligation de négocier sur les installations en zones sous-denses et

sur-denses lors du renouvellement de la convention médicale est un moyen nécessaire pour répondre à l'existence des déserts médicaux ».

Aussi, le dispositif de l'amendement proposé s'inscrit dans la même logique et vise à aboutir à une solution négociée pour lutter contre les déserts médicaux.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	233 rect. quater
----	------------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

31 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. Martial BOURQUIN, SUEUR et TISSOT, Mmes Gisèle JOURDA, CONCONNE et PRÉVILLE,
MM. COURTEAU, DURAN, FICHET et MARIE, Mmes TAILLÉ-POLIAN, BLONDIN et
GUILLEMOT, MM. MONTAUGÉ, IACOVELLI et TOURENNE, Mmes JASMIN et MEUNIER,
MM. TEMAL, VAUGRENARD et HOULLEGATTE, Mme TOCQUEVILLE, MM. MAZUIR et
MANABLE, Mmes VAN HEGHE et ARTIGALAS, M. Patrice JOLY, Mme Martine FILLEUL,
MM. DEVINAZ et KERROUCHE, Mme MONIER, M. Joël BIGOT et Mme GRELET-CERTENAIS

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - À titre expérimental et pour une durée de trois ans, dans des zones définies par les agences régionales de santé, en lien avec les conseils territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral peut être limité aux seuls cas où ce conventionnement intervient en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin.

II. - Les modalités d'application de l'expérimentation sont définies par décret en Conseil d'État.

III. - Au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un bilan de cette expérimentation, qui porte notamment sur l'opportunité de la généralisation du dispositif.

OBJET

Il s'agit d'un amendement de repli.

Cet amendement propose d'expérimenter pendant trois ans le conventionnement « sélectif » ou « territorialisé » des médecins afin de lutter contre la désertification médicale et faciliter l'accès aux soins dans tous les territoires de la République.

Le Gouvernement semble refuser par principe le conventionnement sélectif des médecins au motif que ce dispositif n'aurait pas donné de résultats satisfaisants dans les pays qui ont opté pour cette solution.

Or, il apparait que le conventionnement sélectif a apporté des réponses positives dans certains pays qui l'ont adopté. Par ailleurs, il convient d'expérimenter cette option dans le système de santé français, unique en son genre, d'évaluer son efficacité, avant de généraliser ce dispositif en cas de succès.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	116 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. Loïc HERVÉ, Mme TETUANUI, MM. DÉTRAIGNE, JANSSENS, MOGA et BUIS et
Mme LÉTARD

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental, à partir du 1^{er} juillet 2020, pour une période de cinq ans, les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins libéraux sont définis par une convention nationale conclue entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Cette convention détermine notamment :

1° Les mesures incitatives applicables aux médecins libéraux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes médecins libéraux ;

2° Les conditions à remplir par les médecins libéraux pour être conventionné, notamment celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application du même article L. 1434-4.

L'impact de la convention est évalué par les parties prenantes dans le cadre de trois rapports communs. Un rapport d'évaluation est publié avant la signature de la convention, un autre est publié au plus tard au 1^{er} janvier 2023 et un dernier rapport sera publié dans les six mois suivants la fin de la convention.

OBJET

Afin de lutter plus efficacement contre la désertification médicale, cet amendement vise à transposer aux médecins libéraux le mécanisme de conventionnement applicable actuellement aux infirmiers libéraux.

Cette convention expérimentale, conclue d'ici le 1^{er} juillet 2020 et applicable pour une durée de cinq ans, permettrait à la fois de conforter les mécanismes incitatifs pour l'installation dans les zones sous-dotées et d'instaurer un conventionnement sélectif afin de limiter l'installation dans les zones sur-dotées.

L'impact de la convention est évalué par les parties prenantes dans le cadre de trois rapports communs. Un rapport d'évaluation est publié avant la signature de la convention, un autre est publié au plus tard au 1^{er} janvier 2023 et un dernier rapport sera publié dans les six mois suivants la fin de la convention.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	146 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. RAISON, PERRIN et DARNAUD, Mme LOPEZ, M. REVET, Mme GUIDEZ,
MM. DÉTRAIGNE, MAYET et JOYANDET, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. CHARON, Daniel
LAURENT, GENEST et MOGA, Mmes Catherine FOURNIER et CHAUVIN, M. CUYPERS,
Mmes JOISSAINS, DEROMEDI et RAIMOND-PAVERO, MM. MEURANT, SAURY, PIERRE, de
NICOLAY, PELLELAT, POINTEREAU, VASPART, PRIOU et RAPIN, Mme SOLLOGOUB,
M. LAMÉNIE, Mme LAMURE et M. GREMILLET

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 2° bis de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa
ainsi rédigé :

« ...° Un délai raisonnable suivant la soutenance de la thèse de doctorat mentionnée au
premier alinéa de l'article L. 632-4 du code de l'éducation, au terme duquel les médecins
généralistes ou spécialistes n'ayant pas exercé la médecine ne peuvent être
conventionnés ; ».

OBJET

Le présent amendement conditionne le conventionnement des médecins avec l'Assurance
maladie à leur installation dans un délai raisonnable suivant la soutenance de leur thèse.

Afin d'être pleinement adapté aux réalités professionnelles et locales, ce délai pourrait
être déterminé par les conventions nationales liant les médecins à l'Assurance maladie.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	351 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme Maryse CARRÈRE, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND, CABANEL, CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme COSTES, MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mmes JOUVE et LABORDE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et VALL

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4131-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-.... – Lorsqu'ils exercent à titre de remplaçant d'un médecin, soit comme adjoint d'un médecin dans les zones mentionnées au 1^o de l'article L. 1434-4, les médecins ayant satisfait aux obligations liées à la formation universitaire ainsi qu'à la formation pratique et théorique du remplaçant peuvent être autorisés à exercer la médecine sous le statut de travailleur non salarié. »

OBJET

Cet amendement a pour objectif de créer un statut de « médecin volant » qui permettrait à des médecins « thésés » de venir ponctuellement épauler d'autres médecins, en particulier ceux installés en zones sous-denses, en qualité de travailleurs non-salariés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	301
----------------	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 4 BIS

Supprimer cet article.

OBJET

L'article 4 bis, ajouté par le rapporteur de la commission des affaires sociales, exonère de cotisations sociales pendant 5 ans les médecins qui s'installent en zone sous dense.

Actuellement les médecins peuvent bénéficier d'exonération d'impôt sur le revenu et d'exonération de cotisations sociales au titre de l'embauche d'un salarié par un cabinet médical.

Selon la Cour des Comptes, le bilan des mesures d'exonérations de cotisations sociales révèle qu'elles ont déjà entraîné un effet d'aubaine contre un apport de seulement 50 médecins dans les zones déficitaires depuis 2007.

Afin d'attirer les futur.e.s médecins il faut mener une politique de revitalisation des territoires qui passe avant tout par le maintien des services publics et des hôpitaux de proximité.

Pour toutes ces raisons nous demandons la suppression de cet article.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	461
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 4 BIS

Supprimer cet article.

OBJET

Le Gouvernement privilégie les mécanismes d'incitation et les réformes permettant de libérer du temps médical disponible, promues notamment par le plan « Ma santé 2022 ». Les médecins s'installant en zone sous-dotée peuvent par ainsi demander le bénéfice de différentes aides à l'installation et au maintien (CAIM, CTSM, COSCOM) pouvant aller jusqu'à 50 000 €.

En particulier, les jeunes médecins nouvellement installés bénéficient également déjà d'un régime social favorable avec une prise en charge quasi-intégrale de leurs cotisations maladie et famille par l'assurance maladie obligatoire et disposent de plusieurs dispenses portant sur les cotisations d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire proposées par la CARMF, notamment d'une dispense totale prévue pour les deux premières années suivant l'installation du médecin. Ces dispenses concernent tous les affiliés, elles peuvent être totales ou partielles, automatiques ou sur demande. L'objectif poursuivi demeure toujours une amélioration, un accompagnement et une facilitation des conditions d'installation et d'exercice des jeunes médecins dans le cadre de leur début d'activité.

Ainsi, aller encore plus loin pourrait conduire à une rupture d'égalité devant les charges publiques, sans pour autant permettre d'atteindre l'objectif escompté.

Dès lors, il est proposé de supprimer cet article.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	828
----	-----

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 4 BIS

Alinéa 2

Remplacer la référence :

L. 722-1

par la référence :

L. 646-1

OBJET

Amendement de coordination.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	676 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	
Retiré	

MM. GENEST et DARNAUD, Mme ESTROSI SASSONE, M. COURTIAL, Mmes BRUGUIÈRE et NOËL, M. BOULOUX, Mme de CIDRAC, MM. CUYPERS, BONHOMME et DANESI, Mme DEROMEDI et MM. POINTEREAU, Daniel LAURENT, MORISSET et GREMILLET

ARTICLE 4 BIS

I. – Alinéa 2

Après les mots :

du présent code

insérer les mots :

ainsi que de l'impôt sur les bénéfices

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

L'objectif du présent amendement est de rendre encore plus attractive l'installation de médecins dans les territoires sous dotés en ajoutant à l'exonération des cotisations sociales celle de l'impôt sur les bénéfices pendant les 5 ans suivant leur installation.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, avis 515)

N°	424
----	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LONGEOT

au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 4 BIS

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article n'est pas applicable aux installations dans les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins. Ces zones sont déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins et après avis du conseil territorial de santé. »

OBJET

Cet amendement vise à exclure les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins du droit à l'exonération de cotisations sociales sur les revenus d'activité pour les médecins s'installant dans les trois ans suivant l'obtention de leur diplôme.

Dans la même logique incitative que celle portée par le contrat d'engagement de service public (CESP), visant à inciter les jeunes praticiens à s'ancrer dans un territoire et auprès d'une patientèle, le dispositif doit être ciblé sur les zones sous-denses et les zones intermédiaires, pour exclure les zones caractérisées par une offre de soins excédentaire. Un tel ciblage se justifie tant au regard de l'efficacité de l'exonération, d'autant plus effective qu'elle se concentrerait sur les territoires en ayant le plus besoin, que de son incidence sur les finances publiques.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	830
----------------	-----

4 JUIN 2019

S O U S - A M E N D E M E N T

à l'amendement n^o 424 de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

présenté par

MM. CHASSEING, BIGNON, CAPUS, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE, LAUFOAULU, MALHURET et Alain MARC, Mme MÉLOT et MM. MENONVILLE et WATTEBLED

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 4 BIS

Amendement n^o 424

1^o Première phrase

Remplacer les mots :

n'est pas applicable aux installations dans les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins

par les mots :

est applicable aux zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin

2^o Seconde phrase

Supprimer cette phrase.

OBJET

Ce sous-amendement vise à cibler davantage le dispositif d'exonération de cotisations sociales pour les jeunes médecins proposé par l'article 4 bis sur les zones sous-médicalisées. Il s'agit ainsi d'encourager plus efficacement l'installation des jeunes médecins dans les déserts médicaux, en concentrant les incitations sur les territoires carencés en médecins, tout en limitant l'incidence sur les finances publiques et les distorsions fiscales à l'égard des autres professions.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	439 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. VASPART, BIZET, RAISON et MANDELLI, Mmes RAMOND et RAIMOND-PAVERO, MM. NOUGEIN, PELLELAT, MAYET, PAUL, PERRIN, BASCHER, GENEST, MEURANT, BRISSON et Daniel LAURENT, Mme DEROMEDI, MM. Bernard FOURNIER et de LEGGE, Mme NOËL, MM. GUENÉ, BOULOUX et POINTEREAU, Mme LAMURE et MM. LAMÉNIÉ et GREMILLET

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 4 BIS

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article n'est pas applicable aux installations dans les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins. Ces zones sont déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins et après avis du conseil territorial de santé. »

OBJET

Cet amendement vise à exclure les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins du droit à l'exonération de cotisations sociales sur les revenus d'activité pour les médecins s'installant dans les trois ans suivant l'obtention de leur diplôme.

Dans la même logique incitative que celle portée par le contrat d'engagement de service public (CESP), visant à inciter les jeunes praticiens à s'ancrer dans un territoire et auprès d'une patientèle, le dispositif doit être ciblé aux zones sous-denses et aux zones intermédiaires, pour exclure les zones caractérisées par une offre de soins excédentaire. Un tel ciblage se justifie tant au regard de l'efficacité de l'exonération, d'autant plus effective qu'elle se concentrerait sur les territoires en ayant le plus besoin, que de son incidence sur les finances publiques.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	25 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. SEGOUIN, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. LEFÈVRE, JOYANDET et BRISSON, Mme BONFANTI-DOSSAT, M. LONGUET, Mme MORHET-RICHAUD, MM. REVET, MORISSET et de NICOLAY, Mme DEROMEDI, MM. SAURY, BABARY, GENEST, PONIATOWSKI et MEURANT, Mme PROCACCIA, M. LAMÉNIE, Mme DELMONT-KOROPOULIS, MM. PELLELAT, RAPIN, CUYPERS et Bernard FOURNIER, Mmes CANAYER et de CIDRAC et M. GREMILLET

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 BIS

Après l'article 4 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-22-1 ... ainsi rédigé :

« Art. L. 161-22-1 – L'article L. 161-22 ne fait pas obstacle à l'exercice par un médecin retraité d'une activité dans une zone définie sous-dense par l'agence régionale de santé.

« Les revenus perçus par le médecin retraité au titre de son activité sont exonérés de la totalité des cotisations sociales et de retraite dès lors qu'ils n'excèdent pas 90 000 euros annuels. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

Dans un contexte de désertification médicale dans les territoires ruraux, il devient urgent d'agir afin d'assurer un accès aux soins égal sur tous les territoires.

Cet article vise donc à permettre à un ancien médecin de continuer d'exercer après sa prise de retraite en zones sous-denses. L'objet de cet amendement est de lutter contre les déserts médicaux dans l'intérêt des patients. Le libre et l'égal accès au soin sont des

notions fondamentales. Pourtant mises à mal ces dernières années, il devient impératif d'y remédier et de trouver des solutions à ces lacunes.

Le dispositif porté par cet article octroie une exonération fiscale aux médecins retraités.

Une telle mesure est nécessaire dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins afin d'encourager les médecins à prolonger leur exercice.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	409 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme JASMIN, M. LUREL, Mme PEROL-DUMONT, M. ANTISTE et Mme CONCONNE

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 BIS

Après l'article 4 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 722-4-... ainsi rédigé :

« Art. L. 722-4-.... – Les honoraires et revenus des médecins mentionnés à l'article L. 161-22 et effectuant au moins cinq années d'activité professionnelle à titre libéral dans des zones médicalement sous dotées, sont exonérés des cotisations dues en application des articles L. 613-1, L. 621-2, L. 642-1, L. 645-2 et L. 646-3 jusqu'au terme de leur cinquième année d'activité continue et conformément à un barème dégressif déterminé par décret. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

Il s'agit par cet amendement de faciliter le retour en activité, de médecins retraités qui seraient éligibles au dispositif de cumul d'activité « emploi-retraite », en les exonérant de toutes les cotisations sociales progressivement pendant 5 ans.

En effet, si l'assouplissement du numérus clausus, et la télémédecine, sont des avancées en matière de lutte contre les déserts médicaux, il s'avère que de nombreux de médecins retraités seraient favorables à prolonger leurs activités dans les zones sous denses notamment pour des vacations ou des remplacements, suivant des aménagements en terme d'horaires, mais aussi en termes de charges sociales.

Les dernières dispositions prises dans le PLFSS, sont encourageantes, car les médecins qui cumulent en zone sous-dense sont depuis février exonérés de cotisations complémentaires vieillesse jusqu'à 40 000 euros de revenus d'activité par an. Ce plafond

va être doublé, « dans les semaines à venir », selon la ministre de la santé, sachant que le gain annuel moyen des « cumulant » est plutôt autour de 65 000 euros.

Et qu'en moyenne les praticiens qui ont choisi de cumuler, cessent toutes activités, à 69,5 ans, soit 4 ans plus tard que ceux qui ne « cumulent » pas.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	453 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme JASMIN, MM. LUREL et ANTISTE et Mme CONCONNE

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 BIS

Après l'article 4 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 1434-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-3-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-3-.... – Dans le cadre du schéma régional pluriannuel d'organisation des soins, sont créées, sur proposition de l'agence régionale de santé, dans les zones démographiques sous dotées médicalement, des zones franches rurales et d'outre-mer médicales.

« Il est institué, dans les zones franches médicales prioritaires, une exonération des cotisations sociales auxquels sont assujettis les médecins généralistes retraités et les médecins spécialistes retraités à hauteur de 100 % pendant les deux premières années à compter de leur installation dans la zone franche rurale et d'outre-mer médicale et de 50 % pendant les deux autres années suivantes. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

Il s'agit par cet amendement de permettre l'installation de médecins retraités qui sont en cumul d'activité « emploi-retraite », en les exonérant de toutes les cotisations sociales progressivement pendant 4 ans.

A l'image des zones franches, l'objectif est de créer des zones franches médicales pour lutter contre les déserts médicaux en zones rurales ou en outre-mer par des mesures temporaires d'exonération de charges pour les médecins généralistes ou spécialistes qui acceptent de continuer à exercer.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	3 rect. quater
----------------	-------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Demande de retrait
Retiré	

Mmes IMBERT, PUISSAT, Laure DARCOS et MICOULEAU, MM. SOL, VOGEL et MORISSET, Mmes GRUNY, MORHET-RICHAUD, BERTHET et DEROMEDI, M. LONGUET, Mmes BRUGUIÈRE et LASSARADE, M. CHATILLON, Mmes NOËL et RAIMOND-PAVERO, MM. MOUILLER, KENNEL et CUYPERS, Mmes GARRIAUD-MAYLAM, DELMONT-KOROPOULIS et DESEYNE, MM. Daniel LAURENT, VASPART, RETAILLEAU, SAURY et del PICCHIA, Mme LOPEZ, M. SAVARY, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. PONIATOWSKI, MEURANT et GILLES, Mme Marie MERCIER, M. PIEDNOIR, Mmes CHAIN-LARCHÉ, THOMAS, RAMOND et CANAYER, MM. COURTIAL, CHARON, BOULOUX, SIDO et POINTEREAU, Mme DEROCHE, MM. CHEVROLLIER, SEGOUIN, DUPLOMB et GREMILLET, Mme de CIDRAC, MM. Jean-Marc BOYER et LAMÉNIE et Mme LAMURE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 BIS

Après l'article 4 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-22-1 ... ainsi rédigé :

« Art. L. 161-22-1 – L'article L. 161-22 ne fait pas obstacle à l'exercice par un médecin retraité d'une activité de remplacement dans une zone définie sous-dense par l'agence régionale de santé pour une durée cumulée n'excédant pas vingt-quatre mois.

« Les revenus perçus par le médecin retraité au titre de son activité de remplacement sont exonérés de la totalité des cotisations sociales et de retraite dès lors qu'ils n'excèdent pas 90 000 € annuels. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

Avec 20 % de la population française qui vit dans un désert médical, le diagnostic des difficultés de la démographie médicale est connu de tous, et l'attractivité de la médecine

libérale est en berne. Or, la santé de nos concitoyens ne saurait être bradée pour des raisons comptables. C'est pourquoi cet amendement octroie une exonération fiscale aux médecins retraités en doublant quasiment le plafond actuel. Cette exonération est limitée à une période cumulée de 24 mois. Il s'agit d'une mesure de bon sens, au coût limité, qui ne résoudra certes pas le problème des déserts médicaux mais permettra d'apporter une première réponse d'urgence à la détresse qui frappe nos territoires. Ce dispositif instaure une forme de compagnonnage entre un médecin à la retraite et un jeune médecin, installé ou à la recherche d'une installation en exercice libéral, afin de répondre à un double objectif, fondé autour de la transmission du savoir entre un professionnel expérimenté et un jeune professionnel et sur l'intérêt pour les patients d'avoir une prise en charge continue et suivie entre le médecin et son successeur. 1. D'une part cela permettra de donner au jeune médecin la certitude d'être remplacé lors de ses congés ou de ses absences par ce médecin retraité. 2. D'autre part, c'est la garantie d'un accompagnement du jeune médecin tant pour l'exercice médical que pour la gestion de son cabinet, les étudiants regrettant ne pas avoir de cours de management et de gestion au cours de leurs études.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	148 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

MM. RAISON, PERRIN, DARNAUD et REVET, Mme GUIDEZ, MM. DÉTRAIGNE, MAYET, VOGEL, GILLES et JOYANDET, Mme EUSTACHE-BRINIO, M. DUFAUT, Mmes THOMAS, CHAIN-LARCHÉ, PUISSAT et Laure DARCOS, MM. CHARON, Daniel LAURENT et GENEST, Mmes RAIMOND-PAVERO et DEROMEDI, M. PONIATOWSKI, Mme JOISSAINS, M. CUYPERS, Mmes Catherine FOURNIER et CHAUVIN, M. MOGA, Mme FÉRAT, MM. BONNE, MEURANT, PELLELAT, SAURY, de NICOLAY et PIERRE, Mmes Anne-Marie BERTRAND et SOLLOGOUB, MM. VASPART, PRIOU, RAPIN, LAMÉNIE et Jean-Marc BOYER, Mmes de CIDRAC et LAMURE et M. GREMILLET

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 BIS

Après l'article 4 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Les médecins exerçant leur activité dans les zones définies dans les conditions fixées par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficitaire, ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à pension de retraite et remplissant les conditions ouvrant droit à pension de retraite à taux plein, sont exonérés des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

Cet amendement vise à exonérer totalement de cotisations vieillesse les médecins pouvant prétendre à une retraite à taux plein mais ayant fait le choix, faute de successeur, de prolonger leur exercice en zone sous-dense.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	149 rect. quater
----	------------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. RAISON, PERRIN et DARNAUD, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. JOYANDET, GILLES, VOGEL et MAYET, Mme GUIDEZ, M. REVET, Mmes PUISSAT et Laure DARCOS, MM. Daniel LAURENT, CHARON, GENEST et BONNE, Mme FÉRAT, M. Bernard FOURNIER, Mme CHAUVIN, M. CUYPERS, Mme JOISSAINS, M. PONIATOWSKI, Mmes DEROMEDI et RAIMOND-PAVERO, MM. MEURANT, PIERRE, de NICOLAY, PELLELAT et SAURY, Mmes Anne-Marie BERTRAND et SOLLOGOUB, MM. VASPART, PRIOU, RAPIN, LAMÉNIE et Jean-Marc BOYER, Mme de CIDRAC et M. SEGOUIN

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 BIS

Après l'article 4 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Les médecins exerçant leur activité dans les zones définies dans les conditions fixées par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficitaire, ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à pension de retraite et remplissant les conditions ouvrant droit à pension de retraite à taux plein, sont exonérés d'une partie des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

Cet amendement vise à exonérer partiellement de cotisations vieillesse les médecins pouvant prétendre à une retraite à taux plein mais ayant fait le choix, faute de successeur, de prolonger leur exercice en zone sous-dense.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	462
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 4 TER

Supprimer cet article.

OBJET

Cet article introduit en commission des affaires sociales limite à trois années la durée totale au cours de laquelle un médecin peut exercer en tant que remplaçant. L'objectif affiché de cette disposition est d'inciter à l'installation plus rapide des médecins.

Moins de 4% des médecins inscrits au tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2018 exercent une activité dite « intermittente » (remplaçants et contrats courts). Cette proportion n'apparaît pas déraisonnable, d'autant que le remplacement répond à un besoin véritable pour les acteurs du système de santé.

Le recours à des remplaçants est en effet essentiel pour assurer la continuité des soins. Une diminution du vivier de remplaçants risquerait dans ce contexte de laisser des territoires sans médecins pendant plusieurs semaines chaque année. Elle pourrait également dégrader le confort d'exercice des médecins, particulièrement dans les territoires les plus fragiles, en limitant leurs possibilités de s'absenter pour des congés ou pour suivre des formations. Les territoires fragiles, qui peinent à attirer des médecins remplaçants, seraient les premiers à subir les effets de cette dégradation.

Il apparaît en outre difficile de considérer qu'une limitation de la durée de remplacement aurait pour effet de conditionner plus fortement des installations en libéral. L'exercice en tant que remplaçant permet aujourd'hui aux jeunes médecins de réfléchir à leur projet professionnel et de préparer leur installation : 81% des installés ont été remplaçants exclusifs avant de s'installer selon la récente étude du CNOM. Restreindre cette possibilité risquerait de dégrader encore l'attractivité de l'exercice libéral et de renforcer à l'inverse l'attrait du salariat, déjà majoritaire aujourd'hui chez les jeunes médecins.

Le Gouvernement est donc défavorable à cette disposition et entend privilégier une politique ambitieuse pour accompagner les débuts d'exercice en libéral, qui allie accompagnement individualisé, sécurisation des revenus, exonération ciblée de charges,

diversification des modalités d'exercice et incitations conventionnelles pour favoriser les installations, notamment dans les zones fragiles.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	580
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS,
Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT,
KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD,
Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

C	Favorable
G	
Tombé	

ARTICLE 4 TER

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Les médecins retraités sont exclus du dispositif prévu au I.

OBJET

Cet amendement vise à préciser que les médecins retraités ne sont pas concernés par le dispositif introduit en commission des affaires sociales qui vise à limiter à 3 ans la durée totale des remplacements que peut effectuer un médecin en exercice.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	831
----	-----

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	
G	
Tombé	

ARTICLE 4 TER

Remplacer le mot :

trois

par le mot :

cinq

OBJET

Cet amendement vise à porter de trois à cinq ans la durée maximale de l'exercice en tant que remplaçant pour les médecins diplômés.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	168 rect. quinq uies
----	-------------------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. MOGA, MIZZON et JANSSENS, Mmes PERROT et VERMEILLET, M. LAUREY,
Mme JOISSAINS, MM. LOUAULT et CIGOLOTTI, Mme SAINT-PÉ et M. LONGEOTARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 4131-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-4-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-4-.... – À l'issue de leur formation initiale, soit la fin du troisième cycle, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral sont tenus de s'installer durant une période minimum de quatre ans dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins identifiées par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4.

« Ce dispositif s'applique également aux médecins titulaires de diplômes étrangers dans les conditions fixées par décret pris en Conseil d'État. »

II. – Le I ne s'applique pas aux médecins qui, à la date de la publication de la présente loi, avaient validé leur inscription dans le premier cycle d'études médicales.

OBJET

Le problème de la démographie médicale constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour de nombreux territoires et par la même pour un grand nombre de nos concitoyens. La problématique de la santé et de l'accès aux soins est ainsi une des principales préoccupations ressorties du « Grand débat ».

Pour tenter de remédier à cette situation, depuis 25 ans, des mesures incitatives, le plus souvent de nature financière, sont mises en place par les collectivités locales et par l'État. En vain.

C'est pourquoi, cet amendement propose que, à l'issue de sa formation, tout médecin s'installe pour une durée minimum de quatre ans dans un secteur géographique où l'offre de soin est jugée insuffisante par l'Agence régionale de santé.

Ce dispositif repose sur le principe selon lequel la collectivité nationale qui a financé les études des médecins - dont le coût moyen est estimé à 200 000€ - est en droit d'attendre en retour un acte de solidarité de leur part : leur installation, pour une durée provisoire, dans un secteur sous médicalisé.

C'est d'ailleurs cette logique qui prévaut déjà pour un certain nombre de formations et pour les Contrats d'Engagements de Service Public (CESP).

Cette mesure ne s'appliquerait qu'aux futurs étudiants en médecine qui se destinent à l'exercice libéral. Les étudiants actuels ne seraient pas concernés, ces derniers s'étant engagés dans des études sans connaissance d'une telle obligation.

Enfin, pour des raisons d'équité, ce dispositif s'appliquerait également aux titulaires de diplômes étrangers.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	150 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. VASPART, LONGEOT, BIZET, RAISON et MANDELLI, Mme MORHET-RICHAUD, MM. DUPLOMB et PERRIN, Mme Laure DARCOS, MM. PELLELAT, NOUGEIN, Daniel LAURENT, del PICCHIA, PAUL, PANUNZI et REVET, Mmes TROENDLÉ et DEROMEDI, M. GENEST, Mme JOISSAINS, M. DANESI, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. MEURANT, BRISSON et PRIOU, Mme LANFRANCHI DORGAL, M. CHEVROLLIER, Mme LAMURE et MM. SEGOUIN et GREMILLET

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 4 du chapitre IV du titre III du Livre IV de la première partie du code de santé publique est complétée par un article L. 1434-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-13-... – La régulation des conditions de premier exercice est organisée au niveau régional par l'Agence régionale de santé en partenariat avec les universités. À l'obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, tout nouveau médecin est désormais tenu d'exercer, à titre d'installation ou de remplacement, pendant une période de trois ans au moins, dans la région où il a suivi son troisième cycle, au sein d'une zone qualifiée de sous-dense en offre de soins par l'Agence régionale de santé sur le territoire de laquelle il peut choisir librement où s'installer. »

OBJET

Au cours des quinze dernières années, les mesures incitatives se sont multipliées pour tenter de résoudre les problèmes de désertification médicale : contrats d'aide à l'installation, contrats de médecins salariés financés par l'assurance maladie (contrats de praticiens territoriaux de médecine générale et désormais contrats d'engagement de service public), salariat de médecins par des départements voire des communes, et autres régimes fiscaux de faveur.

Récemment aussi, il faut le rappeler, le gouvernement pour inciter à la création de CPTS qui repose sur le volontariat, a prévu de les financer à hauteur de 500 000 euros chacune ; et il a annoncé la création de milliers de postes d'assistants médicaux pour « libérer du temps médical » (estimé à 15 %) aux médecins, qui gèrent une complexité administrative

générée par le système lui-même. Il ressort de surcroît de la négociation en cours sur le financement des assistants médicaux, qui échappe totalement au contrôle du Parlement, que tous les médecins peuvent en demander le bénéfice et non seulement ceux qui sont installés dans les déserts médicaux. Initialement, leur création était liée aux déserts médicaux. Cette condition a perdu du sens au fil des négociations.

On mesure mal, car on l'ignore, le montant total colossal de ces aides directes et indirectes. Un rapport a été commandé par le gouvernement tardivement, en mars dernier.

Le fait est que les aides toujours plus nombreuses ne produisent pas les résultats escomptés puisque le problème reste entier voire s'aggrave, dans les zones rurales et au-delà, on le sait.

Avec cet amendement il est proposé de passer à des mesures de régulation à l'installation pour tous les jeunes médecins, tenus à une période d'installation de trois ans en cabinet libéral, dans une zone sous-dense de leur choix à l'intérieur de la région où ils auront effectué leur troisième cycle.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	26 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. SEGOUIN, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. LEFÈVRE, LONGUET, REVET et MORISSET,
Mme DEROMEDI et MM. GENEST, MEURANT, LAMÉNIE, PELLELAT et GREMILLET

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 4 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1434-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-13-... – La régulation des conditions de premier exercice est organisée au niveau régional par l'Agence régionale de santé en partenariat avec les universités.

« À l'obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, tout nouveau médecin, ressorti du dernier tiers du numerus clausus communiqué par l'université, est désormais tenu d'exercer, à titre d'installation ou de remplacement, pendant une période de trois ans au moins, dans la région où il a suivi son troisième cycle, au sein d'une zone qualifiée de sous-dense en offre de soins par l'Agence régionale de santé. Il peut choisir librement cette zone parmi celles qui ont été arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé. »

OBJET

Alors que des dispositifs de régulation à l'installation se sont progressivement mis en place depuis 2008 pour un grand nombre d'acteurs de la santé, les gouvernements successifs ont jusqu'à présent refusé d'aller au-delà de mesures purement incitatives, à l'égard des médecins. Pourtant, la mise en place de mesures plus volontaristes pour réduire les inégalités de densité médicale, qu'il s'agisse de dispositifs de régulation ou de contrainte à l'installation, est de plus en plus nécessaire.

La formation de déserts médicaux, paradoxale dans un pays comme la France qui dispose d'un nombre globalement suffisant de médecins et consacre une fraction considérable de sa richesse aux dépenses de santé, a des répercussions inacceptables en termes d'égalité d'accès à la santé. Elle appelle donc une action forte et volontaire de la part des pouvoirs publics, qui ne peuvent accepter que perdure et s'amplifie même ce phénomène.

A la lumière de l'expérience, force est de constater que les mesures mises en place par les gouvernements successifs sont insuffisantes, pour ne pas dire inefficaces.

Aujourd'hui, la gravité de la situation et des perspectives d'évolution exige la prise en compte du seul intérêt général.

Cet amendement a, ainsi, pour objet d'imposer au dernier tiers du *numerus clausus* sorti des études de s'installer dans les zones déficitaires au niveau régional. Il est plus nuancé que la solution d'imposer à tous les étudiants nouvellement installés de s'implanter dans les territoires sous denses. Le principe de méritocratie revient tout au long des études de médecine et peut se poursuivre pour la première installation du jeune médecin.

L'amendement propose d'imposer cette installation dans les zones définies par l'ARS pour trois ans. Il ne s'agirait pas à proprement parler d'une obligation d'installation, mais de l'accomplissement d'un bref service public qui leur serait demandé.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	151 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

MM. VASPART, LONGEOT, BIZET, RAISON et MANDELLI, Mme MORHET-RICHAUD, MM. DUPLOMB et PERRIN, Mme Laure DARCOS, MM. PELLELAT, Daniel LAURENT, del PICCHIA, PAUL, PANUNZI et REVET, Mmes TROENDLÉ et DEROMEDI, M. GENEST, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. MEURANT, BRISSON et PRIOU, Mme LANFRANCHI DORGAL, M. CHEVROLLIER, Mme LAMURE et MM. SEGOUIN et GREMILLET

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 4 du chapitre IV du titre III du Livre IV de la première partie du code de santé publique est complétée par un article L. 1434-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-13-.... – La régulation des conditions de premier exercice est organisée au niveau régional par l'Agence régionale de santé en partenariat avec les universités. À l'obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, tout nouveau médecin, ressorti du dernier tiers du numerus clausus communiqué par l'université, est désormais tenu d'exercer, à titre d'installation ou de remplacement, pendant une période de trois ans au moins, dans la région où il a suivi son troisième cycle, au sein d'une zone qualifiée de sous-dense en offre de soins par l'Agence régionale de santé sur le territoire de laquelle il peut choisir librement où s'installer. »

OBJET

Au cours des quinze dernières années, les mesures incitatives se sont multipliées pour tenter de résoudre les problèmes de désertification médicale : contrats d'aide à l'installation, contrats de médecins salariés financés par l'assurance maladie (contrats de praticiens territoriaux de médecine générale et désormais contrats d'engagement de service public), salariat de médecins par des départements voire des communes, et autres régimes fiscaux de faveur.

Récemment aussi, il faut le rappeler, le gouvernement pour inciter à la création de CPTS qui repose sur le volontariat, a prévu de les financer à hauteur de 500 000 euros chacune ; et il a annoncé la création de milliers de postes d'assistants médicaux pour « libérer du temps médical » (estimé à 15 %) aux médecins, qui gèrent une complexité administrative

générée par le système lui-même. Il ressort de surcroît de la négociation en cours sur le financement des assistants médicaux, qui échappe totalement au contrôle du Parlement, que tous les médecins peuvent en demander le bénéfice et non seulement ceux qui sont installés dans les déserts médicaux. Initialement, leur création était liée aux déserts médicaux. Cette condition a perdu du sens au fil des négociations.

On mesure mal, car on l'ignore, le montant total colossal de ces aides directes et indirectes. Un rapport a été commandé par le gouvernement tardivement, en mars dernier.

Le fait est que les aides toujours plus nombreuses ne produisent pas les résultats escomptés puisque le problème reste entier voire s'aggrave, dans les zones rurales et au-delà, on le sait.

Avec cet amendement il est proposé de passer à des mesures de régulation à l'installation pour les jeunes médecins sortis du numerus clausus dans le dernier tiers, tenus à une période d'installation de trois ans en cabinet libéral, dans une zone sous-dense de leur choix à l'intérieur de la région où ils auront effectué leur troisième cycle.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	27 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

M. SEGOUIN, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. BRISSON, LONGUET, REVET et MORISSET,
Mme DEROMEDI, MM. GENEST, PERRIN, RAISON, PONIATOWSKI, MEURANT, MANDELLI,
LAMÉNIE et PELLEVAL, Mmes CANAYER et LAMURE et M. GREMILLET

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-...
ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-.... – Dans le cadre de leur première installation professionnelle, les étudiants en médecine mentionnés à l'article R. 6153-46 s'établissent durant les trois premières années dans le ressort géographique de l'académie dans lequel ils ont validé leur première année de médecine. »

OBJET

Alors même qu'il existe une cartographie relative à l'installation de nombreux corps de métiers tels que les pharmaciens, les notaires ou encore les agents de la fonction publique, aucune cartographie n'existe quant à l'installation des médecins sur l'ensemble du territoire national ; résultat, c'est le seul cas pour lequel il existe des zones désertées par la profession. Nous n'avons pas de problème avec les autres professions de santé.

Une cartographie médicale semble donc nécessaire pour inverser la vapeur de la désertification de certains territoires, tant dans le but de réduire considérablement la part des 15% de personnes vivant en métropole n'ayant pas de médecin traitant, mais également pour protéger les pharmacies rurales aujourd'hui menacées du fait de cette désertification.

Une fois cette cartographie établie et les zones dites « tendues » ou « sous-dotées » identifiées, il apparait du devoir du législateur, conformément à la demande des maires ruraux mais aussi à la notion de service de l'intérêt général qu'il partage avec le milieu médical, de fournir en médecin les zones n'étant plus suffisamment dotées en offre médicale. (Dans le but de préserver le cadre de vie de ces nouveaux médecins, il faudra

également réfléchir à fixer un nombre de patients annuels par médecins pour qu'un médecin partant à la retraite avec une importante patientèle soit remplacé par deux ou trois médecins).

Il apparaît donc nécessaire d'obliger des médecins à s'installer en zones tendues après tant d'années de politiques incitatives inefficaces ; c'est pourquoi cet amendement a pour but de rendre obligatoire les trois premières années d'installation professionnelle dans le ressort de l'académie dans lequel la première année de médecine a été validée.

Tous les Français ont le droit d'être soignés !



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	122 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

31 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme MONIER, MM. SUEUR, TODESCHINI et VAUGRENARD, Mmes LEPAGE et MEUNIER, MM. ANTISTE et DURAN, Mme Gisèle JOURDA, MM. MANABLE, MAZUIR, FICHET et TISSOT, Mmes PEROL-DUMONT et BLONDIN, M. MARIE, Mme TOCQUEVILLE, MM. VALLINI et Patrice JOLY, Mme CONCONNE et MM. TOURENNE, KERROUCHE, COURTEAU et TEMAL

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental, à partir du 1^{er} juillet 2020, pour une période de cinq ans, selon des modalités définies après concertation du Conseil national de l'ordre des médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes médecins libéraux, tout médecin débutant un exercice libéral exerce pour une durée au moins égale à trois ans dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telles que définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, dans un délai de six mois à compter de la délivrance de leur diplôme d'État de docteur de médecine.

L'impact de cette expérimentation est évalué par le ministère chargé de la santé et le Conseil national de l'ordre des médecins dans le cadre de trois rapports communs. Un rapport d'évaluation est publié avant l'entrée en vigueur de la mesure, un autre est publié au plus tard au 1^{er} janvier 2023 et un dernier rapport est publié dans les six mois suivants la fin de la période d'expérimentation.

OBJET

Cet amendement propose d'instaurer une obligation d'exercer pour tout nouveau médecin libéral pour une durée au moins égale à trois ans, dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telles que définies par les agences régionales de santé.

Si les dispositifs existants ont constitué de premières étapes, le rapport de la Cour des Comptes publié en 2017 a démontré que ces nombreux dispositifs incitatifs mis en place par l'assurance maladie et l'État n'ont pas permis de lutter efficacement contre les disparités territoriales et la désertification médicale, qui continuent de s'aggraver.

Afin d'y remédier, et de compléter les dispositifs d'incitation existants à l'installation dans les zones sous-dotées, il est donc proposé de diriger les jeunes médecins libéraux vers ces territoires, et ce à titre expérimental pour une période de 5 ans, afin de tester la mesure dans un premier temps et d'en évaluer les effets.

Les modalités précises de la mise en œuvre de cette mesure seront définies après concertation du Conseil national de l'Ordre des médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes médecins libéraux.

L'impact de cette expérimentation sera évalué par le Ministère de la Santé et le Conseil national de l'Ordre des médecins dans le cadre de trois rapports communs.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	117 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. Loïc HERVÉ, Mme TETUANUI, MM. DÉTRAIGNE, JANSSENS et MOGA, Mme SAINT-PÉ,
M. LONGEOT et Mme LÉTARD

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental, à partir du 1^{er} juillet 2020, pour une période de cinq ans, selon des modalités définies après concertation du Conseil national de l'Ordre des médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes médecins libéraux, tout médecin débutant un exercice libéral exerce pour une période d'un an dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telles que définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

L'impact de cette expérimentation est évalué par le ministre chargé de la santé et le Conseil national de l'Ordre des médecins dans le cadre de trois rapports communs. Un rapport d'évaluation est publié avant l'entrée en vigueur de la mesure, un autre est publié au plus tard au 1^{er} janvier 2023 et un dernier rapport sera publié dans les six mois suivants la fin de la période d'expérimentation.

OBJET

Afin de lutter plus efficacement contre la désertification médicale, cet amendement vise à instaurer, à titre expérimental (pour une durée 5 ans à partir du 1^{er} juillet 2020), l'obligation pour tout nouveau médecin libéral d'exercer pendant 1 an dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telles que définies par les agences régionales de santé.

Les modalités précises de la mise en œuvre de cette mesure sont définies après concertation du Conseil national de l'Ordre des médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes médecins libéraux.

L'impact de cette expérimentation est évalué par le Ministère de la Santé et le Conseil national de l'Ordre des médecins dans le cadre de trois rapports communs. Un rapport

d'évaluation est publié avant l'entrée en vigueur de la mesure, un autre est publié au plus tard au 1^{er} janvier 2023 et un dernier rapport sera publié dans les six mois suivants la fin de la période d'expérimentation.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	346 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 4 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1434-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-13-.... – Une expérimentation, dans les territoires volontaires, d'une régulation des conditions de premier exercice est organisée au niveau régional par l'agence régionale de santé en partenariat avec les universités.

« À l'obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, tout nouveau médecin est désormais tenu d'exercer, à titre d'installation ou de remplacement, pendant une période de deux ans au moins, dans la région où il a suivi son troisième cycle, au sein d'une zone qualifiée de sous-dense en offre de soins par l'agence régionale de santé. Il peut choisir librement cette zone parmi celles qui ont été arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Une évaluation est menée pour connaître les effets en matière de renoncement aux soins et de maintien dans les territoires des praticiens. »

OBJET

Les politiques d'austérité de suppression des services publics locaux dans les territoires ruraux et urbains ont entraîné des zones dépourvues de services de proximité.

Seule une politique globale de revitalisation des territoires sera à même de résoudre durablement la problématique de l'attractivité de ces territoires.

En attendant, l'urgence sanitaire nécessite de dépasser les mesures incitatives et d'étendre aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé (pharmacies, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes).

Afin de tenir compte des particularités des territoires, de tenir compte des contraintes des étudiant.e.s et de donner de la souplesse au dispositif, nous proposons une expérimentation.

Tel est le sens de notre amendement.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	187 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. PERRIN, RAISON et DARNAUD, Mme LOPEZ, M. REVET, Mme GUIDEZ,
MM. DÉTRAIGNE, MAYET, VOGEL et JOYANDET, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. DUFAUT,
Daniel LAURENT, CHARON et GENEST, Mmes FÉRAT, Catherine FOURNIER et CHAUVIN,
M. CUYPERS, Mme JOISSAINS, M. PONIATOWSKI, Mmes DEROMEDI et RAIMOND-PAVERO,
MM. MEURANT, PELLELAT, SAURY, PIERRE, de NICOLAY, VASPART, PRIOU, RAPIN, Bernard
FOURNIER, LAMÉNIE et Jean-Marc BOYER, Mme de CIDRAC et M. SEGOUIN

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-2-...
ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-2-... . – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 4112-1, les personnes remplissant les conditions requises pour l'exercice de la profession de médecin peuvent, sans être inscrits sur un tableau prévu par cet alinéa et pendant une période de deux ans à compter de la date à laquelle ils remplissent l'une des conditions prévues par les articles L. 4131-1 et L. 4131-1-1, exercer la médecine dans un établissement de santé ou auprès d'un ou plusieurs praticiens implantés dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens de l'article L. 1434-4, y compris lorsque ceux-ci relèvent de conseils départementaux de l'ordre différents. »

OBJET

Le présent amendement vise à permettre à un jeune médecin d'exercer pendant une période de deux ans auprès d'un ou plusieurs praticiens installés, ou auprès d'une structure de soins (établissements de proximité, maisons de santé ou centre de santé, EHPAD, urgences, SDIS, HAD, structures de maintien à domicile...), dans une zone sous-dense, sans être inscrits au tableau de l'ordre des médecins.

Cette phase de post-internat au cours de laquelle lui serait accordée des facilités l'incitera à exercer dans les zones sous-denses, avant de décider de s'y installer véritablement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	758
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. DAUDIGNY et JOMIER, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-2-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-2-... – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 4112-1, les personnes remplissant les conditions requises pour l'exercice de la profession de médecin peuvent, sans être inscrits sur un tableau prévu par cet alinéa et pendant une période de six mois renouvelable une fois à compter de la date à laquelle ils remplissent l'une des conditions prévues par les articles L. 4131-1 et L. 4131-1-1, exercer la médecine auprès d'un ou plusieurs praticiens ayant leur résidence professionnelle dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens de l'article L. 1434-4, y compris lorsque ceux-ci relèvent de conseils départementaux de l'ordre différents. »

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste a pour objet d'inciter les médecins fraîchement diplômés d'exercer auprès d'un ou plusieurs médecins ayant leur cabinet dans des zones sous-denses, avant d'exercer à leur propre compte.

Pour ce faire, il leur est permis, pendant au maximum une année (six mois renouvelables une fois) de travailler à ce titre sans être inscrits au tableau d'un département.

Cette facilité pourra notamment :

- Permettre aux jeunes diplômés d'apporter leur renfort à des médecins relevant de départements différents en travaillant chacun à temps partiel, ce qui peut être particulièrement souhaitable lorsque ces médecins sont surchargés sans pour autant avoir la possibilité d'offrir un emploi à temps plein à un collègue ;
- Faciliter à ces jeunes diplômés l'accès à l'exercice à temps plein de leur profession, éventuellement en se répartissant entre plusieurs cabinets ;
- Leur offrir une année de perfectionnement à l'issue de leurs études ;
- Les familiariser avec l'exercice de la profession dans des zones sous-denses et, pour beaucoup, les encourager à s'y installer définitivement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	62 rect.
----------------	-------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et
MM. LAMÉNIE, PONIATOWSKI, PERRIN et RAISON

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 5

I. – Alinéa 3

Remplacer cet alinéa par huit alinéas ainsi rédigés :

a) Au premier alinéa, les mots : « en cas d'afflux exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département » sont supprimés ;

...) Après le 2^o, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :

« Cet exercice ne peut se faire que :

« a) En cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département ;

« b) Dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1^o de l'article L. 1334-4 ;

« c) Dans l'intérêt de la population, lorsqu'une carence ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

« Ces autorisations sont délivrées pour une durée limitée par le conseil départemental de l'ordre des médecins qui en informe l'agence régionale de santé.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article, notamment le niveau d'études exigé selon la qualification du praticien assisté ou remplacé ainsi que la durée maximale des autorisations, les modalités de leur délivrance et les conditions de leur prorogation. » ;

II. – Alinéas 5 à 11

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Aujourd'hui, en cas d'afflux exceptionnel de population, l'adjuvat et l'exercice en tant que médecin remplaçant sont autorisés pour les étudiants en médecine de troisième cycle. L'article 5 vise à permettre l'adjuvat dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Le présent amendement vise à permettre également l'exercice dans ces zones en tant que médecin remplaçant et pas seulement comme médecin adjoint afin d'éviter, en cas de nécessité de remplacement, de détériorer davantage l'accès aux soins dans les zones sous dotées.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	64 rect.
----------------	-------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et
MM. LAMÉNIE, PERRIN et RAISON

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 5

I. – Alinéa 3

Après le mot :

alinéa,

insérer les mots :

les mots : « Peuvent être autorisées » sont remplacés par les mots : « Sont autorisées » et

II. – Alinéa 6

Remplacer les mots :

peuvent être autorisées

par les mots :

sont autorisées

III. – Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Ces personnes sont tenues de déclarer leur activité au conseil départemental de l'ordre des médecins qui en informe les services de l'État.

OBJET

Cet amendement vise à substituer un régime déclaratif au régime d'autorisation, par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins, de l'exercice en qualité de médecin adjoint ou remplaçant.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	63 rect.
----------------	-------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et
MM. LAMÉNIÉ, PERRIN et RAISON

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 5

Alinéa 7

Après le mot :

déterminées

insérer les mots :

après une concertation avec les collectivités territoriales concernées

OBJET

L'article 5 traite du recours au statut de médecin adjoint, qui permet à un interne en médecine d'assister un médecin en cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population (réservé à ce jour aux zones touristiques). Il étend ce dispositif aux zones caractérisées par des difficultés dans l'accès aux soins.

Cet amendement permet d'inclure les collectivités territoriales dans la réflexion qui conduira à déterminer les zones caractérisées par les difficultés dans l'accès aux soins. Il est en effet indéniable que les élus locaux sont aux faits de ces problématiques et sont à même de faire remonter les informations nécessaires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	441
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LUREL, Mmes JASMIN, CONCONNE et GHALI, MM. TODESCHINI et MAZUIR,
Mme ARTIGALAS et MM. MANABLE et MONTAUGÉ

C	Défavorable
G	
Retiré	

ARTICLE 5

Alinéa 9

Remplacer les mots :

ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le

par les mots :

est constatée dans l'offre de soins par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé après avis du

OBJET

Le présent article élargit les modalités de recours au médecin adjoint en visant plus particulièrement les zones sous denses.

Cet amendement propose de donner la possibilité au préfet ou au conseil départemental de l'ordre des médecins d'autoriser le recours à des médecins adjoints lorsque qu'une carence « simple » (et non plus « ponctuelle ») est constatée dans l'offre de soins afin d'assurer la continuité des soins dans l'intérêt de la population.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	65 rect.
----------------	-------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et
MM. LAMÉNIE, PONIATOWSKI, PERRIN et RAISON

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 5

Alinéa 9

Supprimer le mot :

ponctuelle

OBJET

Cette disposition prévoit que l'exercice en tant qu'adjoint d'un médecin puisse être autorisé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté, en cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population, mais également dans « l'intérêt de la population, lorsqu'une carence ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental ».

Cet amendement propose la suppression du mot « ponctuelle » de façon à élargir la possibilité de recourir à un médecin adjoint lorsqu'une carence est constatée par le conseil départemental de l'Ordre. Aujourd'hui, beaucoup de zones rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins et ne sont pas pour autant identifiées comme telles au sens de l'article L1434-4 du code de la santé publique. Il est ainsi demandé de permettre aux conseils départementaux de l'Ordre de réagir rapidement et avec souplesse aux difficultés d'accès aux soins.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	180 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL,
MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE,
MM. SUEUR et MONTAUGÉ, Mme HARRIBEY, MM. VAUGRENARD, TODESCHINI et MARIE,
Mme LEPAGE, M. Martial BOURQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. Patrice JOLY et DURAN,
Mmes ARTIGALAS et CONCONNE, MM. MANABLE et TISSOT, Mme TAILLÉ-POLIAN,
MM. COURTEAU et TEMAL et Mme MONIER

ARTICLE 5

Alinéa 9

Supprimer le mot :

ponctuelle

OBJET

Cet amendement propose la suppression du mot « ponctuelle » de façon à élargir la possibilité de recourir à un médecin adjoint lorsqu'une carence est constatée par le conseil départemental de l'Ordre.

Aujourd'hui, beaucoup de zones rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins et ne sont pas pour autant identifiées comme telles au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Il est ainsi demandé de permettre aux conseils départementaux de l'Ordre de réagir rapidement et avec souplesse aux difficultés d'accès aux soins.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	352 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme Maryse CARRÈRE, MM. ARTANO, Alain BERTRAND, CABANEL, CASTELLI et COLLIN,
Mme COSTES, MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mmes JOUVE et
LABORDE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et VALL

ARTICLE 5

Alinéa 9

Supprimer le mot :

ponctuelle

OBJET

Cet amendement propose la suppression du mot « ponctuelle » de façon à élargir la possibilité de recourir à un médecin adjoint lorsqu'une carence est constatée par le conseil départemental de l'Ordre. Aujourd'hui, beaucoup de zones rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins et ne sont pas pour autant identifiées comme telles au sens de l'article L1434-4 du code de la santé publique. Il est ainsi demandé de permettre aux conseils départementaux de l'Ordre de réagir rapidement et avec souplesse aux difficultés d'accès aux soins.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, avis 515)

N°	425
----	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LONGEOT

au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 5

Alinéa 9

Supprimer le mot :

ponctuelle

OBJET

Le présent amendement vise à ouvrir la possibilité de recourir à un médecin adjoint dans les cas où une zone ne serait pas caractérisée comme une zone sous-dense au titre de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, mais dans laquelle le conseil départemental de l'ordre des médecins ou le maire de la commune identifierait une carence, ponctuelle ou permanente.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	442 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LUREL, Mmes JASMIN et GHALI et M. MAZUIR

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 5

Alinéa 9

Supprimer le mot :

ponctuelle

OBJET

Le présent article élargit les modalités de recours au médecin adjoint en visant plus particulièrement les zones sous denses.

Cet amendement propose de donner la possibilité d'autoriser le recours à des médecins adjoints lorsque qu'une carence « simple » (et non plus « ponctuelle ») est constatée dans l'offre de soins afin d'assurer la continuité des soins dans l'intérêt de la population.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	501 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE, MALHURET et Alain MARC,
Mme MÉLOT et MM. MENONVILLE, WATTEBLED, BOULOUX, NOUGEIN, LONGEOT,
MANDELLI et BONHOMME

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 5

Alinéa 9

Supprimer le mot :

ponctuelle

OBJET

L'article 5 prévoit une autorisation d'exercice en tant qu'adjoint de médecin soit octroyée dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté, en cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population, mais également dans « l'intérêt de la population, lorsqu'une carence ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental ».

Aucune indication n'est donnée quant à la signification précise du mot « ponctuelle ». Il n'est pas non plus fait mention de la méthode selon laquelle la ponctualité sera appréciée. Ce mot n'est donc pas juridiquement précis et doit en conséquence être supprimée pour la bonne clarté et la bonne application de la loi.

Sa suppression permettra également d'élargir la possibilité de recourir à un médecin adjoint lorsqu'une carence est constatée par le conseil départemental de l'Ordre. Aujourd'hui, beaucoup de zones rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins et ne sont pas pour autant identifiées comme telles au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Il est ainsi demandé de permettre aux conseils départementaux de l'Ordre de réagir rapidement et avec souplesse aux difficultés d'accès aux soins.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	597
----------------	-----

28 MAI 2019

AMENDEMENT

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 5

Alinéa 9

Remplacer les mots :

ou par le

par les mots :

, le cas échéant sur proposition du

OBJET

Les maires, premiers relais des préoccupations de leurs administrés, sont pleinement légitimes pour alerter sur les difficultés d'accès aux soins que rencontrent leurs territoires et proposer des solutions de nature à y renforcer la présence médicale, notamment l'accueil d'un médecin adjoint.

Toutefois, l'amendement adopté par la Commission des affaires sociales leur permettait de décider seuls d'ouvrir cette possibilité sur leur commune, par la publication d'un arrêté municipal, ce qui aurait pour conséquence d'octroyer de facto aux Maires une compétence en matière d'autorisation d'un exercice médical sur un territoire, ce qui apparaît problématique.

Cet amendement propose de reconnaître aux Maires la possibilité de saisir le Conseil de l'ordre de situations de carence médicale dont il aurait connaissance sur son territoire afin d'ouvrir la possibilité de recrutement de médecins adjoints.

La compétence de l'Ordre serait, une fois cet amendement intégré, respectée.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N°	67 rect.
----	-------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT et MORISSET, Mme DEROMEDI et MM. LAMÉNIÉ,
PERRIN et RAISON

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 5

Après l'alinéa 4

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le recours au statut de médecin adjoint est ouvert aux établissements de santé publics et privés. » ;

OBJET

La création du statut de médecin adjoint est l'une des réponses apportées par le texte de loi aux difficultés d'accès aux soins dans de nombreux territoires.

Afin de répondre pleinement à cet enjeu majeur, l'ensemble des acteurs du système de santé, de tous statuts, doivent être en capacité de se mobiliser, en bénéficiant des mêmes dispositifs proposés au bénéfice des zones sous-dotées.

C'est pour cela qu'il est proposé d'ouvrir ce statut de médecin adjoint au secteur privé comme au secteur public.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	556
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. MOHAMED SOILIH, HASSANI, THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER,
MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET,
DENNEMONT, GATTOLIN, HAUT, KARAM, MARCHAND, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et
RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 5

Après l'alinéa 4

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« À Mayotte, les personnes remplissant les conditions définies aux 1^o et 2^o du présent article peuvent être autorisées à exercer la médecine comme médecin adjoint d'un médecin, par décision du préfet de la région. » ;

OBJET

Il est nécessaire d'adapter les modalités d'autorisation d'exercice de la médecine pour l'île de Mayotte dans la mesure où la situation sanitaire y est caractérisée par l'absence d'une médecine de ville apte à répondre aux besoins des populations. Cette sous-dotation a conduit à l'embolie du Centre Hospitalier de Mayotte, qui à son tour ne peut plus assurer au mieux l'ensemble de ses missions de service public, à commencer par ses missions de prévention.

Afin de juguler cet effet domino qui aboutit à un engorgement de l'offre de santé à Mayotte, il est nécessaire de traiter de ce problème dans le bon ordre, et de commencer par améliorer l'offre de médecine de ville par l'autorisation d'exercer la médecine pour un médecin adjoint. Cela contribuera à faire venir de nouveaux praticiens à Mayotte et répandra à la situation sanitaire mahoraise.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	155 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	
Retiré	

MM. VASPART, LONGEOT, BIZET, RAISON et MANDELLI, Mme MORHET-RICHAUD, MM. DUPLOMB et PERRIN, Mmes RAMOND et Laure DARCOS, MM. PELLEVAT, NOUGEIN, Daniel LAURENT, del PICCHIA, PAUL et REVET, Mmes TROENDLÉ et DEROMEDI, M. SOL, Mmes GRUNY et GUIDEZ, MM. GENEST et DARNAUD, Mmes RAIMOND-PAVERO, GARRIAUD-MAYLAM et CHAUVIN, MM. MOGA, MEURANT, BRISSON, PRIOU, Bernard FOURNIER et RAPIN, Mmes CHAIN-LARCHÉ et THOMAS, M. Jean-Marc BOYER, Mme LANFRANCHI DORGAL, M. CHEVROLLIER, Mme LAMURE et MM. SEGOUIN et GREMILLET

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 5

Après l'article 5

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique est complété par les mots : « et consultation d'un représentant des maires désigné par l'Association des maires du département concerné et d'un représentant du conseil départemental ».

OBJET

Avec cet amendement il s'agit d'introduire la voix - une simple consultation minimale - des élus locaux qui n'est jusque-là pas prise en compte dans la définition du zonage en zones denses et sous-denses, qui ouvre la voie ou non à des aides à l'installation.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	14 rect.
----------------	-------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DINDAR, Catherine FOURNIER,
GUIDEZ
et les membres du groupe Union Centriste

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 5 BIS

Après l'article 5 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Le code général des impôts est ainsi modifié :

1^o Après l'article 1463 B, il est inséré un article 1463... ainsi rédigé :

« Art. 1463 – I. – Sont exonérés de la cotisation foncière des entreprises :

« 1^o À compter de l'année qui suit celle de leur établissement, les médecins ainsi que les auxiliaires médicaux mentionnés au livre I^{er} et au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique et soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux qui, exerçant leur activité à titre libéral, s'établissent ou se regroupent dans une commune de moins de 2 000 habitants ou une commune située dans l'une des zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du présent code ;

« 2^o À compter de l'année qui suit celle de leur établissement, les médecins ainsi que les auxiliaires médicaux mentionnés au 1^o qui, exerçant leur activité à titre libéral, s'établissent ou se regroupent sur un site distinct de leur résidence professionnelle habituelle et situé dans une commune répondant aux conditions du même 1^o ou dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

« II. – Le bénéfice des exonérations est subordonné au respect du règlement (UE) n^o 1407/2013 de la Commission du 18 décembre 2013 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis. » ;

2^o Le I de l'article 1464 D est ainsi modifié :

a) Les deuxième, troisième et cinquième alinéas sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa de l'article, les mots : « les médecins, les auxiliaires médicaux et les vétérinaires visés aux 1° à 3° » sont remplacés par les mots : « les vétérinaires mentionnés au 3° ».

II. - La perte de recettes résultant pour les collectivités territoriales du I est compensée, à due concurrence, par une majoration de la dotation globale de fonctionnement.

III. – La perte de recettes résultant pour l'État du paragraphe précédent est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

Le présent amendement a pour objet de conférer un caractère automatique à l'exonération de cotisation foncière des entreprises actuellement mentionnée à l'article 1464 D du code général des impôts, dont peuvent bénéficier les médecins et les auxiliaires médicaux s'installant dans une commune de moins de 2 000 habitants, une commune située dans une zone de revitalisation rurale ou une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, depuis les dispositions introduites à l'article 173 de la loi du 28 décembre 2018 de finances pour 2019.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	557
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIH, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 5 TER

Alinéa 2

Après les mots :

en médecine

insérer les mots :

ou une infirmière justifiant de la formation requise

OBJET

Cet amendement a pour objectif de permettre aux infirmiers et infirmières de rédiger un certificat de décès.

Dans certaines zones aux caractéristiques géographiques et démographiques contraignante, rurales, montagneuses, ultra marines ou insulaires, les familles en deuil doivent parfois attendre des heures voire des jours, avant qu'un médecin ne puisse effectuer ledit certificat.

Cette rédaction est conditionnée à une formation spécifique qui doit être délivrée aux professionnels.



**DIRECTION
DE LA SÉANCE**

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	362 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, M. ARTANO, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ,
Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD et JEANSANNETAS,
Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX, VALL et HUSSON

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 5 TER

Alinéa 2

Après les mots :

en France

insérer les mots :

, par un infirmier exerçant en pratique avancée

OBJET

Dans un certain nombre de zones sous dotées, des familles sont confrontées au manque de médecin et à des délais d'attente intolérable avant d'obtenir le certificat de décès.

Aussi, cet amendement propose d'étendre aux infirmiers en pratique avancée la faculté de réaliser des certificats de décès.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	157 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mme MORHET-RICHAUD, MM. Daniel LAURENT, REVET, MORISSET, RAISON et PERRIN, Mme RAMOND, M. VASPART, Mme GARRIAUD-MAYLAM, M. BRISSON, Mmes GRUNY et IMBERT, MM. Bernard FOURNIER, CUYPERS, DUFAUT, BOUCHET, del PICCHIA et PONIATOWSKI, Mmes NOËL et LOPEZ et MM. LAMÉNIE, MEURANT, RAPIN et SIDO

ARTICLE 5 TER

I. – Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Si le décès était prévisible, le certificat de décès peut être établi par un infirmier ou une infirmière ayant dispensé des soins lors de cette dernière maladie.

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le deuxième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut établir un certificat de décès dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales. »

OBJET

En effet, le problème récurrent du manque de praticiens médicaux pour dresser le constat de décès n'a pas été réglé. Il est très difficile, notamment dans certaines zones, qu'un médecin se déplace dans un délai raisonnable, ce qui n'est acceptable ni d'un point de vue administratif ni sur le plan humain.

En laissant aux seuls médecins la possibilité de délivrer un certificat de décès, la loi ne tient pas suffisamment compte de l'évolution de notre société et du développement des déserts médicaux.

C'est pourquoi, il est souhaitable de prévoir un dispositif plus souple pour tenir compte de ce phénomène qui touche désormais les espaces ruraux mais aussi certaines villes.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	361 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mme GUILLOTIN, M. ARTANO, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ,
Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD et JEANSANNETAS,
Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX, VALL et HUSSON

ARTICLE 5 TER

I. – Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Si le décès était prévisible, le certificat de décès peut être établi par un infirmier ou une infirmière ayant dispensé des soins lors de cette dernière maladie dans les conditions fixées par décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le deuxième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut établir un certificat de décès dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales. »

OBJET

Dans un certain nombre de zones sous dotées, des familles sont confrontées au manque de médecin et à des délais d'attente intolérable avant d'obtenir le certificat de décès.

Aussi, cet amendement propose d'étendre aux infirmières et infirmiers la faculté de réaliser des certificats de décès et de renvoyer à un décret de préciser les contours de cette compétence qui devra être réservée à la prise en charge de soins palliatifs à domicile en accord avec le médecin traitant.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	558
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 5 TER

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas d'un décès survenu dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, le certificat de décès peut être établi par un infirmier ou une infirmière, justifiant de la formation requise. »

OBJET

Il s'agit d'un amendement de repli qui sera proposé en cas de rejet de notre amendement précédent proposant d'accorder la possibilité d'établir un certificat de décès aux infirmiers justifiant de la formation requise.

Cet amendement a pour objet de permettre aux infirmiers de réaliser un certificat de décès pour les décès survenus en zones sous dotées.

Il conviendra de former les infirmiers en conséquence, de sorte à ce qu'ils puissent renseigner l'ensemble des données statistiques utiles à l'étude de la morbidité de la mortalité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	559
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 5 TER

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« À titre dérogatoire et pour une durée de trois ans, dans le cas d'un décès survenu dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, le certificat de décès peut être établi par un infirmier ou une infirmière, justifiant de la formation requise. »

OBJET

Il s'agit d'un amendement de repli qui sera proposé en cas de rejet de notre amendement proposant l'établissement de certificats de décès par les infirmiers à titre de droit commun.

Cet amendement propose le même dispositif, à la différence que celui-ci ne sera applicable qu'à titre dérogatoire du droit commun et pour une durée de trois ans. Ces précautions permettront de sécuriser davantage ce dispositif visant à l'économie du temps médical des médecins et d'actualiser le zonage opéré par l'ARS en vertu de l'article L1434-4 du code de la santé publique.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	363 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et VALL

C	Défavorable
G	
Retiré	

ARTICLE 5 TER

Alinéa 2

Après le mot :

retraité

insérer les mots :

, par un médecin adjoint

OBJET

Dans un certain nombre de zones sous dotées, des familles sont confrontées au manque de médecin et à des délais d'attente intolérable avant d'obtenir le certificat de décès.

Aussi, cet amendement propose d'étendre aux médecins adjoints la faculté de réaliser des certificats de décès.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	560
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

MM. AMIEL, THÉOPHILE et LÉVRIER, Mme SCHILLINGER, MM. BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 5 TER

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le certificat de décès peut être réalisé à distance conformément aux modalités établies à l'article L. 6316-1.

OBJET

Cet amendement a pour objet de favoriser une meilleure économie du temps médical des médecins par l'emploi des technologies de télémédecine pour l'établissement d'un certificat de décès.

Cet acte médical ne doit pas être exclu du champ de définition de la télémédecine dans la mesure où il participerait directement aux effets visés par son déploiement, sans présenter pour autant de pathologies et de risques justifiant d'une consultation en présentiel.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	778 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Défavorable
Retiré	

Mme IMBERT, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mme MALET, M. BRISSON,
Mme GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROCHE et
RICHER, MM. Daniel LAURENT et SAVARY, Mme DESEYNE, M. MOUILLER, Mme GRUNY,
M. GREMILLET et Mme MORHET-RICHAUD

ARTICLE 5 TER

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

OBJET

Le statut social de retraité ne restreint pas la plénitude d'exercice qu'il tient de son inscription à l'Ordre des médecins.

La participation des médecins retraités à l'établissement de certificats de décès est déjà effective voire organisée dans certains départements sous l'égide des conseils départementaux de l'ordre des médecins.

Dans les discussions autour de l'objet de cet amendement il a été question de la constitution de liste de médecins volontaires ou encore de conditions financières favorables. Cependant le décret annoncé par le texte ne renvoie pas à ces questions mais uniquement aux modalités d'établissement du certificat par un médecin retraité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	617 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes ROSSIGNOL et LEPAGE, M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. IACOVELLI et DAUDIGNY,
Mme CONCONNE, MM. MANABLE, Martial BOURQUIN, TOURENNE et TEMAL,
Mmes MONIER et BLONDIN, M. MAZUIR et Mme GRELET-CERTENAIS

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 5 TER

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le même deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'autorisation de fermeture du cercueil d'un mineur de deux ans ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès. »

OBJET

Le présent amendement exclut les enfants de moins de deux ans de l'extension de la compétence d'établissement du certificat de décès au adjoints et médecins retraités, dans une optique de protection de l'enfance.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	618 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes ROSSIGNOL et LEPAGE, M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. IACOVELLI et DAUDIGNY,
Mme CONCONNE, MM. MANABLE, Martial BOURQUIN, TOURENNE et TEMAL,
Mmes BLONDIN et MONIER et M. MAZUIR

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 5 TER

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les situations de mort inattendue du nourrisson, il est procédé à des examens complémentaires non invasifs permettant de repérer la commission de maltraitances. »

OBJET

Cet amendement est proposé par des professionnel.le.s du secteur de la protection de l'enfance et de la médecine légale.

Le rapport remis le 25 avril dernier par l'IGAS, l'IGJ et l'IGAENR souligne que « *Dans bon nombre de situations, la maltraitance, ou son risque, aurait pu être détectée si l'on avait rapproché plusieurs signaux d'alerte visibles pour en faire la synthèse* ». D'après les registres du CépiDc, il demeure un nombre non négligeable de morts liées à des « *causes inconnues ou non déclarées* », en particulier dans le cadre des néonaticides et des bébés victime du syndrome du bébé secoué.

Première circonstance de mortalité post-néonatale, la mort inattendue du nourrisson reste encore trop souvent non explorée et donc inexpliquée du fait d'un manque de prise en charge homogénéisée.

Certaines études ont montré que, dans certains cas, ces morts aux causes inconnues pourraient être, en réalité, des homicides, liées à des phénomènes de violence. Faute d'examens médico-légaux approfondis, ces homicides demeurent invisibles.

Anne TURSZ a notamment montré qu'un tiers des morts « accidentelles » codées comme telles au CépiDc serait des morts suspectes ou violentes. Les trois quarts de ces décès suspects et violents relèvent de deux causes : le « syndrome du bébé secoué » et la mort à la naissance par asphyxie, noyade ou abandon sans soins. Il existerait donc un sous-enregistrement significatif des homicides de nourrissons.

Le présent amendement vise, lors du décès inattendu d'un nourrisson, à systématiser les explorations médicales *post mortem* par des examens complémentaires non invasifs tels que la radiographie du squelette entier, les examens biologiques, l'imagerie cérébrale et le fond d'œil.

Ce dispositif permettra d'identifier les homicides liés à des violences, et ainsi de prévenir les récidives, de protéger les autres enfants de la famille et d'engager, le cas échéant, des poursuites pénales.

Il permet également l'amélioration de nos connaissances quant à la mortalité infantile.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	343
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 5 TER

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le maire dispose de pouvoir de réquisition pour faire constater le décès dans les vingt-quatre heures suivants la découverte du corps. »

OBJET

Les déserts médicaux entraînent également des difficultés pour constater les décès dans les communes rurales notamment. Nous proposons par cet amendement d'autoriser le maire à réquisitionner un médecin pour établir cet acte.

Nous proposons de créer une obligation d'établir le constat de décès dans les vingt-quatre heures suivant la découverte du corps afin de soulager les familles.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	52 rect. quater
----	-----------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mmes GUIDEZ et EUSTACHE-BRINIO, MM. HENNO, DECOOL et GUERRIAU,
Mme GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes Laure DARCOS et KAUFFMANN, MM. Loïc
HERVÉ et MEURANT, Mme BILLON, M. BONNE, Mme FÉRAT, MM. LAFON et LAMÉNIÉ,
Mme de la PROVÔTÉ, MM. CAZABONNE et MOGA et Mme Anne-Marie BERTRAND

ARTICLE 6

Supprimer cet article.

OBJET

La santé et l'accès aux soins constituent un enjeu majeur de cohésion sociale.

L'article 6 habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances les mesures de création d'un statut unique de praticien hospitalier, associé à la suppression du concours. De façon complémentaire, l'article réforme les conditions de recours à l'emploi médical contractuel dans le cadre d'un nouveau contrat.

Tout d'abord, s'il tend à apporter une solution aux difficultés rencontrées par les hôpitaux sur la question du recrutement, il demeure regrettable, sur la forme, qu'une mesure de cette importance soit renvoyée à une ordonnance. En effet, les conditions de l'emploi médical hospitalier constituent un enjeu central pour le devenir des établissements publics de santé. Un tel sujet aurait donc mérité un débat au niveau du Parlement.

Aussi, sur le fond, des professionnels du secteur ont fait part de leurs inquiétudes sur le possible risque de nomination des praticiens hospitaliers par les directions d'établissements, en lieu et place de la procédure nationale pilotée par le Centre national de gestion.

Ils craignent ainsi le développement de recrutements locaux à la discrétion des managers hospitaliers, créant une hiérarchie entre directeurs et praticiens.

Par conséquent, leur nomination devrait rester nationale. En effet, bien qu'imparfait, le processus de recrutement actuel est ouvert à tous, reconnaît la compétence médicale et la volonté de l'engagement dans le service public, sanctionnés par un examen par un collègue médical de la spécialité.

C'est pourquoi, pour des raisons de transparence du processus, le présent amendement vise à supprimer l'article 6 de ce projet de loi.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N°	299
----	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 6

Supprimer cet article.

OBJET

Le présent article prévoit d'habiliter le Gouvernement à modifier les conditions d'emploi des personnels hospitaliers par le biais d'ordonnances. Le recours à des ordonnances témoigne de la volonté du Gouvernement de sortir du débat parlementaire les enjeux essentiels de la réforme.

Le sujet des conditions d'emplois des personnels hospitaliers mérite au contraire un débat approfondi et éclairé avec la représentation nationale.

C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	89 rect.
----------------	-------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

M. SAVARY, Mme Anne-Marie BERTRAND, MM. BONNE, BOULOUX et Jean-Marc BOYER, Mmes BRUGUIÈRE et CHAIN-LARCHÉ, M. CHAIZE, Mme CHAUVIN, MM. CUYPERS, DANESI, DAUBRESSE et de LEGGE, Mme DELMONT-KOROPOULIS, M. del PICCHIA, Mmes DEROCHE, DEROMEDI, DI FOLCO, ESTROSI SASSONE et EUSTACHE-BRINIO, M. Bernard FOURNIER, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. GENEST et GREMILLET, Mme GRUNY, M. GUENÉ, Mme IMBERT, MM. KAROUTCHI, KENNEL et LAMÉNIE, Mmes LAMURE et LASSARADE, MM. Daniel LAURENT, LEFÈVRE et LONGUET, Mme MALET, M. MANDELLI, Mmes Marie MERCIER et MORHET-RICHAUD, MM. MORISSET, MOUILLER, PERRIN, PIEDNOIR, PIERRE, POINTEREAU et PONIATOWSKI, Mmes PROCACCIA et PUISSAT, MM. RAISON, RAPIN, REVET, SAURY et SIDO, Mme THOMAS et M. VOGEL

ARTICLE 6

Alinéa 1

Après le mot :

publique,

insérer les mots :

des personnels des établissements mentionnés au 3^o de l'article L. 6112-3 du même code,

OBJET

Le présent amendement vise à étendre les assouplissements prévus par l'article 6 pour faciliter l'emploi de médecins dans les établissements de santé publics, aux établissements du secteur privé à but non lucratif.

Ainsi, les professionnels médicaux exerçant en établissement privés à but non lucratifs ont la possibilité d'exercer leur art de façon comparable à ceux des praticiens hospitaliers.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	760
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 6

I. – Alinéa 2

Après le mot :

hospitalières,

insérer les mots :

en créant un statut unique de praticien hospitalier et

II. – Après l’alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

L’article 25 septies de la loi n^o 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires s’applique aux personnels soumis au statut unique mentionné au 1^o du présent I.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise à ce que l’exercice mixte, que le Gouvernement souhaite consacrer au travers de la création d’un statut unique de praticien hospitalier, se fasse dans le respect de l’interdiction de cumuler d’une activité à temps plein et une autre activité.

Nous partageons le projet de développer l’activité mixte ville/hôpital, mais si aujourd’hui beaucoup de praticiens hospitaliers sont amenés à faire des gardes dans le secteur privé en

plus de leur temps plein à l'hôpital c'est pour des raisons financières. De meilleures rémunérations et de meilleures conditions de travail seraient plus efficaces pour améliorer l'attractivité des carrières hospitalières.

De la même manière, qui contrôlera qu'un médecin qui a passé sa journée dans un cabinet privé ne passera pas sa nuit à l'hôpital, mettant potentiellement en danger la vie des patients ? Les futures dispositions devront donc comporter des garde-fous. L'un d'entre eux consiste à affirmer l'incompatibilité de cumuler une activité à temps plein et d'autres activités.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	657 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et VALL

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 6

I. – Alinéa 2, au début

Ajouter les mots :

Valoriser les carrières hospitalières, encadrer les écarts de rémunération et

II. – Alinéa 3

1^o Supprimer le mot :

notamment

2^o Après le mot :

spécialités

insérer les mots :

et les territoires

OBJET

Le soutien à l'attractivité de l'exercice médical hospitalier est aujourd'hui une priorité sur des spécialités et des territoires en crise de démographie médicale.

La libéralisation générale et massive du recours aux contractuels ne répond pas à cette problématique et tend au contraire à la complexifier. Un déplafonnement des rémunérations des contractuels au-delà des grilles statutaires, alors qu'aucune revalorisation des titulaires ne serait prévue, risquerait de créer des professions à deux vitesses et de renforcer un sentiment d'iniquités croissantes, sans parler de l'impact négatif sur l'attractivité de ces métiers. Il paraît alors essentiel de valoriser les carrières

hospitalières et d'encadrer par la voie législative les écarts de rémunération dans le milieu hospitalier.

Tel est l'objet du présent amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	300
----------------	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 6

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

OBJET

L'habilitation prévue au présent alinéa prévoit de « simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital ». De telles dispositions laissent craindre une fragilisation du statut de la fonction publique hospitalière en multipliant les recrutements sous des conditions dérogatoires.

Les auteurs de cet amendement sont opposés à de telles orientations.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	106 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes LASSARADE et MICOULEAU, MM. VOGEL et MORISSET, Mme GRUNY, M. PANUNZI, Mmes DEROMEDI, MORHET-RICHAUD et BRUGUIÈRE, MM. GENEST et MOUILLER, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. PELLEVAL et PIEDNOIR, Mmes CHAIN-LARCHÉ et THOMAS, M. RAPIN, Mmes IMBERT et DEROCHÉ, MM. POINTEREAU et BOULOUX, Mme Laure DARCOS et MM. LAMÉNIE et GREMILLET

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 6

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 11° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° La définition pluriannuelle d'un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. »

OBJET

Cet amendement vise à inscrire dans la loi le principe d'un plan national de santé au travail et de qualité de vie au travail des professionnels hospitaliers.

La santé des soignants est un enjeu majeur. Or, la qualité de de vie au travail des professionnels de santé s'est considérablement dégradée ces dernières années.

Ce plan devra traduire l'ambition partagée entre le Ministère de la Santé et des affaires sociales, la Sécurité sociale, les établissements listés à l'article 2 de la loi de 1986, les partenaires sociaux et les grands organismes de prévention, de constituer un socle commun pour la promotion de la santé et de la qualité de vie au travail.

La concrétisation de cette démarche devra faire l'objet d'un accompagnement méthodologique et financier fort au profit des établissements, et promouvoir les démarches de qualité de vie au travail fondées sur l'analyse de l'organisation du travail.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	130 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

M. SOL, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. CALVET et GUERRIAU, Mme BERTHET, MM. DECOOL et MOGA, Mme KAUFFMANN, M. DÉTRAIGNE, Mmes RAIMOND-PAVERO et GARRIAUD-MAYLAM, M. Bernard FOURNIER, Mme CHAUVIN, MM. MANDELLI, BONNE et CHARON et Mme LAMURE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 6

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 11° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° La définition pluriannuelle d'un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. »

OBJET

Dans le but de préserver l'attractivité de l'exercice professionnel au sein des établissements du service public hospitalier, il est nécessaire d'assurer un suivi médical des professionnels hospitaliers et des conditions de travail.

Sur le modèle du plan national quadriennal de santé au travail élaboré par le Ministère du travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social en concertation entre les acteurs de la prévention, le présent amendement vise à inscrire dans la loi le principe d'un plan national santé au travail.

Ce plan devra traduire l'ambition partagée entre le Ministère de la Santé et des affaires sociales, la Sécurité sociale, les établissements listés à l'article 2 de la loi de 1986, les partenaires sociaux et les grands organismes de prévention, de constituer un socle commun pour la promotion de la santé et de la qualité de vie au travail.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	304
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 6

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 11^o de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o La définition pluriannuelle d'un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n^o 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. »

OBJET

Les politiques de réduction des dépenses de santé décidées lors des projets de loi de financement de la Sécurité sociale des dernières années ont considérablement conduit à la détérioration des conditions de travail des professionnels hospitaliers.

Ainsi, le mal être au travail a entraîné de nombreux suicides de personnels, cadres et non cadres. Il est urgent d'agir et à l'occasion de ce projet de loi de transformation du système de santé, d'élaborer un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels de santé.

Tel est le sens de cet amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	656 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. REQUIER, ROUX et VALL

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 6

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 11^o de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o La définition pluriannuelle d'un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels des établissements hospitaliers. »

OBJET

L'attractivité des métiers hospitaliers est fortement mise à mal par les conditions de travail et l'assurance d'un suivi médical des professionnels hospitaliers.

Sur le modèle du plan national quadriennal de santé au travail élaboré par le Ministère du travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, en concertation étroite avec les acteurs de la prévention, le présent amendement vise à inscrire dans la loi le principe d'un plan national de santé au travail pour les professionnels du secteur hospitalier.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	302
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 6

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les derniers alinéas de l'article L. 6151-1 du code de la santé publique et de l'article L. 952-21 du code de l'éducation sont complétés par une phrase ainsi rédigée :
« Cette décision prend en compte la dimension nationale des affectations et l'évolution des disciplines. »

OBJET

Selon un rapport de la Cour des Comptes sur les Centres Hospitaliers Universitaires, les effectifs des personnels hospitalo-universitaires sont pratiquement stables depuis 2000 avec une répartition géographique comprenant de grandes disparités.

Ainsi seules deux universités parisiennes disposent de personnels hospitalo-universitaires dans la quasi-totalité des spécialités tandis que de nombreuses universités en région ne disposent pas de postes hospitalo-universitaires titulaires, et notamment de MCU-PH, dans toutes les spécialités.

Le présent amendement vise donc à ce que les pouvoirs publics favorisent une répartition plus équilibrée des personnels titulaires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	658 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARTANO, CABANEL et CASTELLI, Mme Nathalie DELATTRE,
M. GABOUTY, Mme JOUVE et MM. REQUIER et VALL

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 6

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Après le premier alinéa de l'article 81 quater du code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, cette limite annuelle n'est pas applicable au temps de travail additionnel. »

II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

La non-imposition du temps de travail additionnel (TTA) constitue une avancée forte, de nature à rendre le TTA plus attractif que l'intérim. Limiter à 5000 euros minore cependant l'effet de cette disposition. Le présent amendement propose donc de supprimer ce plafond. Il s'agit d'une mesure en faveur de l'attractivité du métier ainsi que de la sécurité et de la continuité des soins puisqu'elle favorise les emplois pérennes et non le recours aux intérimaires. Elle a également pour objectif à long terme d'assainir les finances des établissements hospitaliers.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	709 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 6

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le premier alinéa de l'article 81 quater du code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, cette limite annuelle n'est pas applicable au temps de travail additionnel. »

II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus par l'article 235 ter ZD du code général des impôts.

OBJET

Le présent dispositif, proposé au groupe socialiste par la FHF, vise à améliorer l'attractivité des postes titulaires du secteur hospitalier en supprimant le plafond d'exonération du temps de travail additionnel.

La non-imposition du temps de travail additionnel (TTA) constitue une avancée forte, de nature à rendre le TTA plus attractif que l'intérim. Cependant, le plafond à 5000 euros minore l'effet de cette disposition.

Il s'agit d'une mesure en faveur de l'attractivité, de la sécurisation de la continuité des soins au regard des difficultés à avoir accès à des remplaçants extra-hospitaliers

notamment intérimaires, et également économique (par rapport à l'intérim) pour les établissements.

La libéralisation générale et massive du recours aux contractuels n'apparaît pas comme la réponse appropriée. Il convient d'améliorer l'attractivité des postes de praticiens hospitaliers, ce qui va également dans le sens d'une sécurisation de la continuité des soins au regard des difficultés à avoir accès à des remplaçants extra-hospitaliers, et également dans le sens d'économies financières car impliquant un moindre recours aux intérim qui sont très onéreux.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	798
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 6 BIS A

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6152-5-1. – I. – Lorsqu'ils risquent d'entrer en concurrence directe avec l'établissement public de santé dans lequel ils exerçaient à titre principal, il peut être interdit, en cas de départ temporaire ou définitif, aux praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1, au 1° de l'article L. 6152-1 et au 2° du même article pour les praticiens dont la quotité de temps de travail est au minimum de 50 % d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie.

« Le directeur de l'établissement fixe, après avis des instances mentionnées aux articles L. 6143-5 et L. 6144-1, les conditions de mise en œuvre de cette disposition, par profession ou spécialité, selon des modalités définies par voie réglementaire.

« L'interdiction ne peut excéder une durée de vingt-quatre mois et ne peut s'appliquer que dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement public de santé dans lequel les praticiens mentionnés au premier alinéa exercent à titre principal.

« En cas de non-respect de cette disposition, une indemnité est due par les praticiens pour chaque mois durant lequel l'interdiction n'est pas respectée. Le montant de cette indemnité ne peut être supérieur à 30 % de la rémunération mensuelle moyenne perçue durant les six derniers mois d'activité.

« Dès que le non-respect de cette interdiction a été dûment constaté, dans le respect du contradictoire, le directeur de l'établissement notifie au praticien la décision motivée fixant le montant de l'indemnité due calculé sur la base de la rémunération mensuelle moyenne perçue durant les six derniers mois d'activité.

« II. – Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 exerçant à temps partiel ne peuvent user de leurs fonctions hospitalières pour entrer en concurrence directe avec l'établissement public de santé dans lequel ils exercent à titre principal dans le cadre

d'une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie.

« La décision d'exercice à temps partiel du praticien peut comprendre une interdiction d'exercer une activité rémunérée dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement public de santé dans lequel il exerce à titre principal.

« Dès que le non-respect de cette interdiction a été dûment constaté, dans le respect du contradictoire, il est mis fin à l'autorisation d'exercer à temps partiel.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

OBJET

L'article 6 vise à renforcer l'exercice partagé entre la ville et l'hôpital dans le but de renforcer l'attractivité de l'exercice hospitalier et de renforcer les coopérations entre la ville et l'hôpital. Si ces objectifs ne peuvent qu'être partagés, il convient de se montrer prudent sur les effets de concurrence qui pourraient en résulter au sein d'un territoire, au détriment de l'hôpital public. C'est pourquoi la commission des affaires sociales a proposé de compléter l'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique, qui interdit aux praticiens démissionnaires d'un établissement public d'entrer en concurrence avec cet établissement pendant les deux ans suivant la fin de leurs fonctions, pour prévoir également une limitation des éventuelles situations de concurrence directe entre les différentes activités des praticiens hospitaliers exerçant à temps non complet. Elle a par ailleurs procédé à un toilettage rédactionnel de l'article L. 6152-5-1, dont le décret d'application n'avait jamais été pris faute d'une base législative suffisamment solide.

Cet amendement procède à plusieurs aménagements rédactionnels de l'article 6 *bis* A introduit par la commission des affaires sociales, sans modifier sa portée sur le fond. Il s'agit ainsi de sécuriser le dispositif de prévention des situations de concurrence et de le rendre plus opérationnel.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	10 rect.
----------------	-------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DOINEAU, GUIDEZ, DINDAR, Catherine
FOURNIER
et les membres du groupe Union Centriste

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 6 TER

Après l'article 6 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o À l'article L. 6154-1, après les mots : « dans les établissements publics de santé », sont insérés les mots « , de même que les praticiens salariés exerçant à temps plein au sein des établissements mentionnés à l'article L. 6161-5, » ;

2^o Le II de l'article L. 6154-2 et ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « les praticiens ont été nommés », sont insérés les mots : « ou sont salariés » et, après les mots : « de leur activité », le mot : « publique » est supprimé ;

b) Le 1^o est complété par les mots : « ou dans un établissement mentionné à l'article L. 6161-5 » ;

c) Le 2^o est complété par les mots : « ou deux demi-journées » ;

d) Le 3^o est complété par les mots : « ou salariée » ;

3^o L'article L. 6154-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « public » est supprimé ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, après les mots : « du chef de pôle » sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

4^o L'article L. 6154-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « public » est supprimé ;

b) Au dernier alinéa, après les mots : « tant libérale que publique », sont insérés les mots : « ou salariée ».

5° Au premier alinéa de l'article L. 6154-6, le mot : « public » est supprimé.

OBJET

Dans l'objectif légitime et indispensable d'améliorer l'attractivité des carrières publiques, l'article 6 du projet de loi Organisation et Transformation du système de Santé prévoit d'accorder aux praticiens hospitaliers des hôpitaux publics la possibilité d'exercer également en ville, leur donnant l'avantage de pouvoir exercer en libéral à la fois en ville et à l'hôpital, puisque les praticiens hospitaliers du secteur public ont par ailleurs déjà le droit d'exercer une activité libérale au sein de leur hôpital ce qui est interdit aux praticiens du secteur privé non lucratif.

Les établissements de santé privés d'intérêt collectif rencontrent un certain nombre de difficultés pour attirer et fidéliser les médecins dans leurs structures, et que dans un certain nombre de cas, leurs praticiens n'ont pas aujourd'hui accès aux mêmes opportunités que celles existant dans les hôpitaux publics

Les médecins des secteurs public et privé non lucratif participent collectivement au même service public, les praticiens du secteur privé non lucratif devraient donc avoir les mêmes modalités d'exercice que celles offertes aux praticiens dans le public.

Dans le cadre du projet de loi en discussion, les différentes opportunités statutaires ouvertes aux praticiens des hôpitaux publics, déjà existantes ou résultant des assouplissements envisagés dans le cadre de ce projet de loi, doivent être ouvertes de manière identiques à tous les praticiens qui exercent dans les différents types d'établissements qui composent le service public.

L'amendement vise à autoriser la pratique d'une activité libérale aux praticiens salariés à temps plein des ESPIC, de la même façon qu'elle est aujourd'hui autorisée aux praticiens hospitaliers à temps plein des établissements publics de santé.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	152 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. VASPART, LONGEOT, BIZET, RAISON et MANDELLI, Mme MORHET-RICHAUD,
MM. DUPLOMB, PERRIN, PELLELAT, NOUGEIN, Daniel LAURENT, del PICCHIA, PAUL et
RENET, Mmes TROENDLÉ et DEROMEDI, M. BASCHER, Mmes GUIDEZ et CHAUVIN,
MM. BRISSON et PRIOU et Mmes LANFRANCHI DORGAL et LAMURE

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 7 A

Avant l'article 7 A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Les chapitres I^{er}, II et III du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique sont abrogés.

II. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du I, qui entre en vigueur à une date qu'il fixe et au plus tard le 1^{er} janvier 2020.

OBJET

Les Agences régionales de santé ont été créées en vertu de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST).

Elles ont pour but « d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système ».

Le présent amendement, à partir du constat de leur échec à assurer leur mission, en particulier s'agissant de l'aménagement du territoire avec la désertification médicale croissante, et du peu d'écoute dont les élus bénéficient et qui est régulièrement dénoncé, propose de les supprimer.

L'introduction en Commission d'un amendement du rapporteur visant à renforcer les pouvoirs de son Conseil de surveillance et de placer à sa tête un des élus qui le composent (article 19 *bis* AA nouveau) répond à une préconisation de la MECCS publiée dans un rapport publié en 2014, il y a déjà 5 ans.

Les ARS supprimées, leurs services et agents seraient replacés sous l'autorité directe du Préfet de région, et des Préfets de département s'agissant de leurs délégués

départementaux, dont ils dépendaient antérieurement. Le lien des élus avec les représentants traditionnels de l'État que sont les Préfets s'avère plus adéquat, les Préfets sont davantage à l'écoute des attentes, et des besoins, des élus locaux.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	305
----------------	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7 A

Supprimer cet article.

OBJET

Cet article qui fait suite à un amendement adopté en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, confie aux collectivités territoriales une nouvelle compétence en matière de promotion de la santé.

Dans un contexte budgétaire restreint, une telle disposition permet à l'État de se décharger d'une compétence sans donner les moyens aux collectivités de l'assurer.

C'est pourquoi nous demandons la suppression de cette disposition.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	759
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 7 C

Supprimer cet article.

OBJET

L'objectif de cet amendement est de supprimer l'article 7C (nouveau) qui prévoit de mettre en place des équipes de soins spécialisés hors médecine générale.

Aujourd'hui ce sont les médecins généralistes, au sein des équipes de soins primaires, qui constituent la porte d'entrée du patient dans son parcours de soins. Il effectue la coordination du parcours avec les équipes de soins primaires, permettent aux patients d'être orientés vers le niveau de spécialisation adapté.

Instaurer, en parallèle des équipes primaires, des équipes de soins spécialisés hors médecine générale conduirait à une désorganisation des acteurs du parcours, brouillerait ce dernier pour les patients, et risquerait de mettre à mal la permanence et la qualité des soins.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	710 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Rejeté	

MM. DAUDIGNY et JOMIER, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 7 C

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-11-1. – Une équipe de soins primaires est composée d'un médecin généraliste de premier recours, d'un pharmacien et d'un infirmier libéral et de tout autre professionnel de santé en faisant la demande qui choisissent d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

« L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination clinique de proximité des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

OBJET

Cet amendement proposé par la FNI au groupe socialiste vise à donner une définition claire aux « équipes de soins primaires » (ESP) en prévoyant un triptyque médecin généraliste/pharmacien/infirmier libéral sur lequel viennent se rajouter, selon les besoins des patients, les autres auxiliaires médicaux.

L'article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique prévoit actuellement que l'ESP est composé d'un « ensemble de professionnels de santé ». Il s'agit de donner de la lisibilité à ce dispositif en prévoyant que l'ESP est composée d'un médecin généraliste, d'un

pharmacien et d'un infirmier libéral auxquels viennent se rajouter, selon les besoins des patients, les autres auxiliaires médicaux.

La notion de coordination clinique de proximité n'est pas différenciée de l'approche populationnelle confiée aux CPTS.

Les missions des ESP définies dans le Code de la Santé Publique rentrent en collision avec celles qui sont confiées aux CPTS. Les ESP ont pour mission la coordination clinique de proximité alors que les CPTS ont une mission de coordination au niveau d'un bassin de population sur un territoire.

La clarification des missions et de la composition des ESP doit permettre de répondre aux défis du vieillissement de la population et de l'explosion des maladies chroniques. Il est essentiel d'asseoir cette coordination clinique de proximité sur un tryptique qui peut induire un effet systémique sur la prise en charge du patient.

Ce tryptique médecin généraliste, pharmacien, infirmier libéral doit être clairement inscrit dans la loi et permettre à d'autres professionnels de santé d'être inclus dans l'ESP en fonction des spécificités de prise en charge du patient.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	9 rect. bis
----------------	----------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes GUIDEZ, DINDAR, Catherine
FOURNIER
et les membres du groupe Union Centriste

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 7 C

Au début

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le premier alinéa de l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Une équipe de soins primaires est composée d'un médecin généraliste de premier recours, d'un pharmacien et d'un infirmier libéral et de tout autre professionnel de santé en faisant la demande qui choisissent d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. »

OBJET

Cet amendement vise à donner une définition claire aux « équipes de soins primaires » (ESP) en prévoyant un triptyque médecin généraliste/pharmacien/infirmier libéral sur lequel viennent se rajouter, selon les besoins des patients, les autres auxiliaires médicaux.

L'article L. 1411-11-1 du Code de la Santé Publique prévoit actuellement que l'ESP est composé d'un « ensemble de professionnels de santé ». Il s'agit de donner de la lisibilité à ce dispositif en prévoyant que l'ESP est composée d'un médecin généraliste, d'un pharmacien et d'un infirmier libéral auxquels viennent se rajouter, selon les besoins des patients, les autres auxiliaires médicaux.

La notion de coordination clinique de proximité n'est pas différenciée de l'approche populationnelle confiée aux CPTS.

Les missions des ESP définies dans le Code de la Santé Publique rentrent en collision avec celles qui sont confiées aux CPTS. Les ESP ont pour mission la coordination clinique de proximité alors que les CPTS ont une mission de coordination au niveau d'un bassin de population sur un territoire.

La clarification des missions et de la composition des ESP doit permettre de répondre aux défis du vieillissement de la population et de l'explosion des maladies chroniques. Il est essentiel d'asseoir cette coordination

clinique de proximité sur un tryptique qui peut induire un effet systémique sur la prise en charge du patient.

Ce tryptique médecin généraliste, pharmacien, infirmier libéral doit être clairement inscrit dans la loi et permettre à d'autres professionnels de santé d'être inclus dans l'ESP en fonction des spécificités de prise en charge du patient.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	619 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes ROSSIGNOL et LEPAGE, M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. IACOVELLI et DAUDIGNY,
Mme CONCONNE, MM. MANABLE, Martial BOURQUIN, TOURENNE et TEMAL,
Mmes MONIER et BLONDIN, MM. MAZUIR et MARIE et Mme GRELET-CERTENAIS

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 C

Après l'article 7 C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'État autorise, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, de la mise en place d'unités de soins mobiles et pluridisciplinaires dans les zones désertifiées médicalement.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

OBJET

Le présent amendement propose l'expérimentation de la mise en place d'unités de soins mobiles et pluridisciplinaires dans les déserts médicaux. Il ne s'agit pas seulement de viser les territoires ruraux mais également les quartiers défavorisés dans lesquels les professionnels de santé s'installent peu. Cet amendement permet d'approfondir le modèle des maisons de santé pluridisciplinaires grâce à un système itinérant de soins du quotidien. Le présent dispositif se propose également de répondre en partie à l'accessibilité des soins pour les personnes handicapées.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	338
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 7 D (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

À la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, après le mot : « composé », sont insérés les mots : « des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, ».

OBJET

Alors que les parlementaires ne sont pas associés aux décisions de santé de leur territoire, il semble contradictoire que le Sénat supprime cette disposition.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons le réintroduire.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	465
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 7 D (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

À la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, après le mot : « composé », sont insérés les mots : « des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, ».

OBJET

Cet amendement propose d'associer davantage les parlementaires, en les intégrant aux conseils territoriaux de santé, constitués par les directeurs des agences régionales de santé et qui regroupent actuellement des représentants des élus des collectivités territoriales et l'ensemble des acteurs locaux du système de santé.

Chargés d'identifier les insuffisances en termes d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ces conseils sont des instances essentielles à la mise en œuvre de la transformation du système de santé et à la définition des objectifs d'amélioration de la coordination des soins.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	264 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Favorable
Adopté	

Mme DEROCHE, MM. PIEDNOIR et SOL, Mme DEROMEDI, M. PANUNZI, Mmes MICOULEAU, DI FOLCO et Marie MERCIER, MM. BONNE et MOUILLER, Mme IMBERT, M. VASPART, Mmes RAMOND, LASSARADE et BRUGUIÈRE, MM. SAVARY et Bernard FOURNIER, Mmes PROCACCIA et GRUNY, MM. DÉRIOT et BRISSON, Mmes Laure DARCOS et BERTHET, MM. MORISSET, SIDO et POINTEREAU, Mme LAMURE et MM. LAMÉNIE, KAROUTCHI, GENEST, DARNAUD et PAUL

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 E (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 162-12-22 du code de la sécurité sociale, l'année : « 2018 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

OBJET

L'évaluation du contrat pour les soins visuels prévue le premier semestre 2018 n'a pas eu lieu.

L'amendement proposé vise à prévoir une évaluation plutôt en 2022, le temps de la montée en charge du dispositif et de l'adaptation des contrats.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	263 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme DEROCHE, MM. PIEDNOIR et SOL, Mme DEROMEDI, M. PANUNZI, Mmes MICOULEAU, DI FOLCO et Marie MERCIER, MM. BONNE et MOUILLER, Mme IMBERT, M. VASPART, Mmes RAMOND, LASSARADE et BRUGUIÈRE, MM. SAVARY et Bernard FOURNIER, Mmes PROCACCIA et GRUNY, MM. DÉRIOT et BRISSON, Mmes Laure DARCOS et BERTHET, MM. SIDO et MORISSET, Mme LAMURE et MM. LAMÉNIE, KAROUTCHI, GENEST, DARNAUD et PAUL

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 E (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-12-22 du code de la sécurité sociale est supprimé.

OBJET

Ce décret n° 2017-136 du 6 février 2017, prévu à l'article L162-12-22 et créé par l'article 67 de la LFSS 2016 pour les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie s'est avéré complexe et désincitatif pour la signature des contrats de coopération des soins visuels. Aujourd'hui, seulement une douzaine des contrats ont été signés alors que l'étude d'impact de la LFSS 2016 tablait sur plusieurs centaines de signatures.

Par ailleurs, les contrats conventionnels sur les assistants médicaux, qui viennent d'être négociés, ne prévoient pas une telle disposition. L'ouverture des contrats de coopération pour les soins visuels à d'autres professionnels s'avère nécessaire, ce qui rend aussi caduque ce décret d'embauche concernant les orthoptistes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	455 rect.
----------------	--------------

2 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. CANEVET

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 E (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 1432-4 du code de la santé publique est complétée par les mots : « , les organisations représentatives des étudiants ».

OBJET

Créée par la loi HPST du 21 juillet 2009, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) est un organisme consultatif qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé. Cette instance de démocratie sanitaire joue un rôle de la plus haute importance à l'échelon régional, du fait de sa composition et de ses missions. Lieu privilégié de d'expression et de concertation de l'ensemble des acteurs du domaine de la santé (représentants des usagers compris), elle rend des avis sur le projet régional de santé. Elle se préoccupe notamment de l'accès aux soins sur un territoire, des besoins en termes de professionnels de santé ainsi que du versant prévention au sein de la région et des territoires qui la composent. Souvent mis à l'écart des discussions autour des politiques de santé, les étudiants sont pourtant les premiers concernés par les grandes campagnes de prévention, en particulier sur le thème des addictions et de la santé mentale ou sexuelle. La présence des étudiants au sein de ces espaces de concertation est donc nécessaire à l'établissement de politiques répondant aux besoins des jeunes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	695
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 E (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Chaque établissement hospitalier susceptible d'accueillir des enfants désigne avant le 1^{er} septembre 2019 un médecin référent sur les violences intrafamiliales, physiques, sexuelles et/ou psychologiques faites aux femmes et/ou aux enfants.

OBJET

En juin 1999, l'OMS a déclaré lors de la Conférence ministérielle Santé et environnement que « L'environnement est la clé d'une meilleure santé ».

Cet amendement du groupe socialiste soutient l'action du gouvernement dans sa stratégie de protection de l'enfance, annoncée dans le cadre de la mise en œuvre du plan pauvreté, dans la feuille de route relative à la protection de l'enfance et dans l'exécution du 5^{ème} plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes.

Afin de garantir l'effectivité de l'engagement interministériel de nomination d'un.e médecin.e référent.e sur les violences faites aux enfants dans tous les hôpitaux (dans le cadre du plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux enfants), le présent amendement prévoit la désignation dans chaque établissement hospitalier susceptible d'accueillir des enfants d'un.e médecin référent.e sur les violences faites aux enfants ainsi que sur les violences faites aux femmes

Les mouvements de regroupement hospitalier rendent ce dispositif d'autant plus indispensable afin de prévenir les violences intrafamiliales sur l'ensemble du territoire.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	29 rect.
----------------	-------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. SEGOUIN, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. LONGUET, REVET et MORISSET,
Mme DEROMEDI, MM. GENEST, PERRIN, RAISON, LAMÉНИЕ, PELLELAT et CUYPERS et
Mme LAMURE

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Supprimer cet article.

OBJET

Malgré le fait que l'article 7 soit révélateur de l'attente pressente de nos concitoyens de l'établissement de « projets territoriaux de santé » dans le but de répondre à l'expansion des déserts médicaux, la réponse qu'il apporte à cette demande n'apparaît cependant pas à la hauteur des attentes. Après les contrats locaux de santé, les conseils territoriaux de santé, les schémas régionaux de santé et autres projets médicaux partagés, rien n'indique que les « projets territoriaux de santé » trouveront leur place parmi l'éventail déjà disponible de dispositifs administratifs.

Pour atteindre une meilleure couverture santé territoriale, la simplification devrait être d'un meilleur secours que la complexification. Le présent amendement vise donc à supprimer cette nouvelle invention administrative.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	450 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DINDAR, Catherine FOURNIER,
GUIDEZ
et les membres du groupe Union Centriste

ARTICLE 7

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au dernier alinéa du 2° de l'article L. 1434-2, après le mot : « œuvre », sont insérés les mots : « pour la même durée » ;

OBJET

L'article L1434-2 du code de la santé publique concerne la constitution du projet régional de santé.

Il détermine que le projet régional de santé fixe des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans.

Un schéma régional de santé est établi pour cinq ans notamment sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires.

Ce schéma régional peut être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé, les contrats territoriaux de santé mentale ou encore par les contrats locaux de santé.

Toutefois, la loi reste actuellement muette sur la durée de ces trois types de contrats. Par cohérence avec le schéma que ces contrats viennent décliner, le présent amendement coordonne leur durée avec celle du schéma régional.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	313 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 7

I. – Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le second alinéa du I est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Au sein du conseil territorial de santé, est constitué un comité territorial des élus, composé des représentants des élus des collectivités territoriales siégeant au conseil territorial de santé. Les représentants du comité territorial des élus ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement du comité stratégique ne peut être pris en charge par une personne publique. » ;

II. – Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le comité territorial des élus et la formation spécifique dédiée à l'expression des usagers sont consultés avant l'élaboration des projets territoriaux de santé, dans des conditions définies par décret.

OBJET

Cet amendement proposé par la FHP, la FEHAP et Unicancer, vise à renforcer la participation des élu.e.s et des usagers aux décisions territoriales des politiques de santé actuellement insuffisante.

Nous proposons donc de renforcer la représentation et les compétences des représentant.e.s des usagers et des collectivités territoriales au sein du conseil territorial de santé, instance de démocratie sanitaire légalement reconnue.

Ces composantes, dont la représentation au sein du CTS devra être renforcée par décret, se verraient ainsi plus étroitement associées à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des projets territoriaux de santé, renforçant par-là la démocratie sanitaire.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	799
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au troisième alinéa du II, après la référence : « L. 6327-2 », sont insérés les mots :
« du présent code » ;

OBJET

Coordination



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	698
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 7

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) La première phrase du III est complétée par les mots : « dont le plan régional de santé environnementale et les signalements des lanceurs d'alerte dont le statut est défini à l'article 6 de la loi n^o 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique » ;

OBJET

La santé et l'environnement sont des domaines liés, les impacts de l'environnement sur la santé doivent être évalués au mieux afin de prévenir divers risques sanitaires liés à la pollution des milieux et aux agents physiques. Les évaluations doivent être réalisées ou du moins observées et utilisées à différentes échelles afin de garantir leur qualité et leur efficacité. C'est pourquoi le conseil territorial de santé doivent observer au mieux ces évaluations réalisées à l'échelle régionale ou infra-régionale qui sont finalement au cœur de l'objectif du diagnostic territorial partagé : « Identifier les besoins sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux de la population sur la base de données d'observation. ».

Grâce à une prise en compte des évaluations et recommandations réalisées par les plans régionaux de santé environnementale et les cellules d'intervention en région de l'institut de veille sanitaire dans l'élaboration de ses diagnostics les membres du conseil et les professionnel.le.s de santé seront informé.e.s dans un premier temps puis les populations concernées.

Nous connaissons les liens entre environnement et santé mais il est nécessaire que les analyses locales soient réellement prises en compte pour répondre aux problèmes spécifiques aux différents territoires. À titre d'exemple : les cas d'agénésie transverse dans l'Ain, une affaire ancienne ayant refait surface récemment. Les diverses hypothèses mettent en cause des raisons environnementales.

Ce cas précis nous démontre l'importance d'une véritable connaissance des risques pour la santé de la situation environnementale des territoires. Connaissances parfois empiriques, d'où l'importance d'être attentifs aux alertes et connaissances produites par des dispositifs déjà existants qu'il faut alors pleinement exploiter. Les Cire surveillent, par exemple, les expositions professionnelles aux pesticides, les intoxications au monoxyde de carbone. Elles disposent d'indicateurs avec un maillage régional ou infra-régional (selon les Cire) produits par les directions scientifiques de Santé publique France en santé environnementale.

L'objectif est d'empêcher des crises sanitaires de se perpétuer ou de se développer en agissant à la source des problèmes. De plus, cela permettrait de mettre en place des actions de prévention auprès des professionnel.le.s de la santé et des populations.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	713 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

AMENDEMENT

présenté par

C	Favorable
G	Sagesse du Sénat
Adopté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 7

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) À l'avant-dernière phrase du premier alinéa du III, après les mots : « conseils locaux de santé », sont insérés les mots : « , des conseils locaux de santé mentale » ;

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise à renforcer la prise en compte des enjeux de santé mentale dans le diagnostic territorial partagé pour mieux entrecroiser les problématiques communes d'organisation des soins.

Il s'agit ainsi de s'assurer que les diagnostics territoriaux partagés, sur lesquels se fondent les projets territoriaux de santé via les CPTS, prennent en compte les travaux des conseils locaux de santé mentale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	315
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'élaboration par les conseils territoriaux de santé de projets territoriaux de santé. Cette élaboration s'organise en concertation avec les communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, ainsi que des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions.

OBJET

Le présent amendement proposé par Médecins du Monde et la Fédération des acteurs de la solidarité vise à renforcer le rôle des Conseils territoriaux de santé dans l'élaboration des projets territoriaux de santé, en lien étroit avec les Communautés professionnelles territoriales de santé, établissements et services de santé.

L'amendement propose donc de construire à partir de ce qui existe déjà dans les territoires, tout en approfondissant la concertation et la coordination entre les acteurs du parcours de santé.



**DIRECTION
DE LA SÉANCE**

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	236 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. Alain MARC, CHASSEING et LUCHE, Mme MÉLOT et MM. LAGOURGUE, GUERRIAU et DECOOL

ARTICLE 7

Alinéa 5, première phrase

Remplacer les mots :

établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux

par les mots :

commissions médicales d'établissement

OBJET

Cet amendement a pour objet de renforcer le rôle des CME dans les projets territoriaux de santé car ce sont elles qui peuvent, dans la proximité, contribuer à faire avancer la relation avec l'ambulatoire. Il faut mettre en avant les professionnels de santé et non les structures si on veut obtenir des projets territoriaux adaptés aux situations locales.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	515
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

M. TISSOT, Mme ARTIGALAS, MM. Martial BOURQUIN et DURAN, Mme GHALI, MM. Patrice JOLY, MANABLE, MARIE et MONTAUGÉ, Mme TAILLÉ-POLIAN et MM. TOURENNE, VALLINI et VAUGRENARD

ARTICLE 7

Alinéa 5, seconde phrase

Après les mots :

initiée par

rédigier ainsi la fin de cette phrase :

le conseil territorial de santé défini à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique en lien les communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, ainsi que des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

OBJET

L'objet du présent amendement est de donner un rôle central au conseil territorial de santé, instance de démocratie en santé, dans l'élaboration des projets territoriaux de santé.

L'article 7 propose la création du projet territorial de santé et assure l'approbation des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) par le directeur général de l'ARS.

Cet amendement, dont l'UNIOPSS et l'APF France Handicap sont à l'origine, garantit une meilleure opérationnalité des projets territoriaux de santé.

Nous rappelons que le conseil territorial de santé est l'instance de démocratie en santé qui apparaît légitime pour mener à bien cet exercice. Il garantit la représentativité de tous les acteurs d'un territoire et la cohérence avec le diagnostic partagé qu'il a élaboré.

La multiplication de collectifs d'acteurs et de projets (équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plateforme territoriale d'appui, conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, conseils territoriaux de

santé) risque d'apporter de la confusion et une déperdition dans la mobilisation des acteurs, en multipliant les instances et groupes de travail, voire de créer de la concurrence entre différents collectifs d'acteurs.

Cet amendement propose enfin de mettre en place une évaluation périodique des projets territoriaux de santé par le conseil territorial de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	353 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme Maryse CARRÈRE, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND, CABANEL, CASTELLI, COLLIN, CORBISEZ, GABOUTY, GOLD et GUÉRINI, Mme GUILLOTIN, M. JEANSANNETAS, Mmes JOUVE et LABORDE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et VALL

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 7

Alinéa 5, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

ou un établissement thermal

OBJET

Cet amendement vise à intégrer les établissements thermaux dans le cadre de l'établissement de projets territoriaux de santé, au même titre que les autres établissements associés.

Les établissements thermaux devraient pouvoir prendre toute leur place dans les projets territoriaux de santé. En effet, ils peuvent être amenés à jouer un rôle prépondérant de prévention de diverses maladies.

Ces établissements rentrent dans un cadre de service médical rendu et cela sans risques d'effets secondaires. Aussi, les intégrer dans l'établissement des projets territoriaux de santé apparaît aujourd'hui comme un intérêt de santé publique indéniable.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	503 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE, MALHURET et Alain MARC,
Mme MÉLOT, MM. MENONVILLE et WATTEBLED, Mmes DEROMEDI et NOËL et
MM. BOULOUX, NOUGEIN, MANDELLI, LAMÉNIE et BONHOMME

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 7

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

En l'absence d'initiative des professionnels dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi n^o du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé saisit les conseils territoriaux de santé pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé.

OBJET

Les projets territoriaux de santé sont laissés à l'initiative des acteurs de terrain. Néanmoins, faute d'initiative des acteurs, le conseil territorial de santé peut être saisi par le directeur général de l'ARS pour élaborer le projet territorial de santé. Le conseil territorial de santé est une instance de démocratie en santé dans laquelle sont représentés tous les acteurs du système de santé – y compris des représentants d'usagers et des acteurs de la prévention-promotion de la santé. Il est également le garant, via le diagnostic territorial partagé, que le PTS fixe des objectifs en cohérence avec les besoins de la population

La présente disposition permet de garantir une dynamique autour de ce nouveau dispositif des projets territoriaux de santé en cas d'absence d'initiatives des acteurs.

Tel est l'objet du présent amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	546 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DINDAR, Catherine FOURNIER,
GUIDEZ
et les membres du groupe Union Centriste

ARTICLE 7

Alinéa 8

Après le mot :

territoriales

insérer les mots :

et leurs groupements

OBJET

Cet amendement rédactionnel vise à préciser que les intercommunalités participent à l'élaboration et la mise en œuvre du projet territorial de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	697
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. DAUDIGNY et JOMIER, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 7

Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de la permanence et de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il présente les propositions relatives à l'accès aux soins des personnes en situations de précarité confrontées à des inégalités de santé. Il décrit les modalités d'amélioration de la continuité des soins, en lien avec l'ensemble des parties prenantes et des professionnels de santé concernés sur le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins. Il prend en compte l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes à mobilité réduite. »

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise à rétablir la rédaction de l'alinéa 10 votée par l'Assemblée nationale, et notamment la prise en compte des questions d'accès aux soins des personnes en situation de handicap ou de précarité dans les projets territoriaux de santé (PTS), tout en prenant compte les ajouts apportés par le Rapporteur en Commission des Affaires sociales du Sénat.

Il vise également à mentionner clairement dans les améliorations portées par le PTS la permanence de l'accès aux soins, le dépistage et les soins non programmés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	587 rect.
----------------	--------------

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER et M. LÉVRIER

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage aux soins de proximité, aux soins non-programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il présente les propositions relatives à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité confrontées à des inégalités de santé. Il décrit les modalités d'amélioration de la permanence et de la continuité des soins, en lien avec l'ensemble des parties prenantes et des professionnels de santé concernés sur le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins. Il prend en compte l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes à mobilité réduite. »

OBJET

La permanence des soins est une des préoccupations majeures de la population sur les territoires. Si son organisation est prévue par divers dispositifs (cahiers des charges etc.), il est indispensable que le PTS fixe les modalités d'amélioration de cette permanence, qui fait partie intégrante de l'organisation des parcours de santé.

Le projet territorial de santé, élaboré par les CPTS, devra décrire les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé.

Les patients peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins, particulièrement lorsqu'il s'agit de soins non programmés. Ces derniers peuvent être à l'origine d'une désorganisation du cabinet médical mais également d'un engorgement des urgences.

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

Par ailleurs, la politique de dépistage doit également pouvoir être inscrite dans le projet territorial de santé afin de renforcer son efficacité.

À titre d'exemple, le dépistage contre le cancer colorectal en France reste bien en deçà des objectifs européens. Les CPTS, dans le cadre du projet territorial de santé, doivent être en mesure d'organiser une politique de dépistage sur le territoire afin de répondre aux besoins de la population.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	524 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. MANABLE et TOURENNE, Mme MONIER, MM. MAZUIR et VALLINI et Mmes GRELET-CERTENAIS, PEROL-DUMONT et ARTIGALAS

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Alinéa 10, première phrase

Après le mot :

modalités

insérer les mots :

d'organisation et

et après les mots :

accès aux soins,

insérer les mots :

de la permanence et

OBJET

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) consiste à maintenir l'offre de soins de premier recours aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux, centres et maisons de santé. Or, l'organisation de la permanence des soins est jugée aujourd'hui peu visible et peu compréhensible par de nombreuses familles qui n'ont dès lors pas d'autres solutions que de se rendre dans les services d'urgence pour être pris en charge. Cette situation a dès lors pour conséquence d'engorger ces services.

La référence à la seule amélioration de la continuité des soins ne permet pas d'apporter des réponses adaptées aux familles dans leurs demandes de soins non programmés. Le projet territorial de santé doit définir l'organisation de cette permanence des soins et expliciter clairement les engagements de l'ensemble des acteurs au sein d'un territoire sur ce point.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	490 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE, MALHURET et Alain MARC,
Mme MÉLOT, MM. MENONVILLE, WATTEBLED, BONNE et VOGEL, Mmes DEROMEDI et
NOËL et MM. BOULOUX, NOUGEIN, MANDELLI, LAMÉNIE et BONHOMME

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Alinéa 10, première phrase

Après les mots :

l'accès aux soins,

insérer les mots :

de la permanence et

OBJET

La permanence des soins est une des préoccupations majeures de la population sur les territoires. Si son organisation est prévue par divers dispositifs (cahiers des charges etc.), il est indispensable que le Projet Territorial de santé (PTS) fixe les modalités d'amélioration de cette permanence, qui fait partie intégrante de l'organisation des parcours de santé.

Tel est l'objet de cet amendement.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	209 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

Mme BERTHET, MM. BASCHER, MEURANT, MOUILLER et SOL, Mme PUISSAT, M. PELLEVAT, Mme NOËL, M. MANDELLI, Mmes GRUNY et GARRIAUD-MAYLAM, M. Bernard FOURNIER, Mmes BRUGUIÈRE et BONFANTI-DOSSAT, MM. Jean-Marc BOYER, DUPLOMB et BONHOMME, Mmes DEROCHE et LAMURE et MM. LAMÉNIE, SIDO et GREMILLET

ARTICLE 7

Alinéa 10, première phrase

1° Après le mot :

prévention

insérer les mots :

, au dépistage

2° Après le mot :

proximité

insérer les mots :

, aux soins non programmés

OBJET

Le projet territorial de santé, élaboré par les CPTS, devra décrire les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé.

Les patients peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins, particulièrement lorsqu'il s'agit de soins non programmés. Ces derniers peuvent être à l'origine d'une désorganisation du cabinet médical mais également d'un engorgement des urgences.

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

Par ailleurs, la politique de dépistage doit également pouvoir être inscrite dans le projet territorial de santé afin de renforcer son efficacité.

À titre d'exemple, le dépistage contre le cancer colorectal en France reste bien en deçà des objectifs européens. Les CPTS, dans le cadre du projet territorial de santé, doivent être en mesure d'organiser une politique de dépistage sur le territoire afin de répondre aux besoins de la population.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	590
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 7

Alinéa 10, première phrase

1^o Après le mot :

prévention

insérer les mots :

, au dépistage

2^o Après le mot :

proximité

insérer les mots :

, aux soins non programmés

OBJET

Le projet territorial de santé, élaboré par les CPTS, devra décrire les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé.

Les patients peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins, particulièrement lorsqu'il s'agit de soins non programmés. Ces derniers peuvent être à l'origine d'une désorganisation du cabinet médical mais également d'un engorgement des urgences.

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

Par ailleurs, la politique de dépistage doit également pouvoir être inscrite dans le projet territorial de santé afin de renforcer son efficacité.

À titre d'exemple, le dépistage contre le cancer colorectal en France reste bien en deçà des objectifs européens. Les CPTS, dans le cadre du projet territorial de santé, doivent être en mesure d'organiser une politique de dépistage sur le territoire afin de répondre aux besoins de la population.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	376 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI et COLLIN, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et VALL

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 7

Alinéa 10, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, ainsi que les modalités de développement de la formation et de la recherche en soins primaires

OBJET

L'objectif de cet amendement est d'inscrire dans le projet territorial de santé l'ambition de renforcer l'attractivité et l'accessibilité des CPTS, notamment via les stages proposés aux étudiants.

Une gestion de l'offre de formation initiale et continue au niveau du projet territorial de santé permettra par ailleurs une meilleure coordination sur le territoire et un meilleur accueil des stagiaires.

Elle formera enfin les étudiants, dès leurs premières expériences, à un exercice coordonné de la médecine.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	599
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 7

Alinéa 10

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Il prend en compte l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, des personnes à mobilité réduite et des personnes en situation de précarité.

OBJET

Le projet territorial de santé doit demeurer un outil souple, à la main des acteurs et dont les priorités et sujets d'attention devront être définis en fonction des besoins du territoire.

Toutefois, l'accès aux soins des personnes en situation de handicap est un enjeu majeur de société, qui a notamment été rappelé dans la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées de 2005. Comme l'a souligné le rapport de Pascal Jacob sur « l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées » en 2013, repris dans un guide de la Haute autorité de santé en 2017 : si d'importants progrès ont été réalisés, de nombreux éléments rendent, pour les personnes handicapées, les soins compliqués ou poussent à y renoncer (difficultés d'accès physique, de communication, autonomie réduite ou encore une place insuffisante accordée à l'entourage). Un même constat vaut pour les personnes en situation de précarité.

Le rapport Denormandie /Cornu Pauchet remis au Parlement en novembre dernier a mis en évidence les difficultés d'accès aux soins de ces deux publics et fournit des propositions et un cadre précieux d'analyse pour l'action.

La prise en compte au sein du projet territorial de santé des besoins spécifiques de ces populations a donc fait l'objet d'amendements parlementaires adoptés en première lecture à l'Assemblée nationale, dont l'un – celui relatif aux personnes en situation de handicap – adopté à l'unanimité.

Dans ce contexte, la disparition de cette disposition, dans le texte issu de la commission risque d'envoyer un signal négatif aux publics concernés, en particulier aux personnes handicapées et à leurs familles, à l'heure où le Gouvernement organise pourtant une politique interministérielle particulièrement volontariste pour favoriser leur inclusion dans l'ensemble des champs de la vie sociale.

Il est donc proposé de rétablir une disposition en ce sens en prévoyant non pas un volet spécifique au sein du PTS – afin de ne pas alourdir et complexifier l'élaboration de ce document – mais un point d'attention transversal à son contenu.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	714 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 7

Alinéa 10

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Il prend en compte les déclinaisons locales des plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants.

OBJET

Le présent amendement du groupe socialiste insère la lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants dans le contenu du projet territorial de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N°	229
----	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. HOULLEGATTE, BÉRIT-DÉBAT et Joël BIGOT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT,
Mme Martine FILLEUL, MM. JACQUIN et MADRELLE et Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le projet territorial de santé comporte un volet relatif à l'organisation du territoire en termes de formation.

OBJET

Il est proposé que les projets territoriaux de santé comportent systématiquement un volet portant la contribution des territoires aux formations des futurs praticiens.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	306
----------------	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Ce projet doit inclure des mesures pour l'accueil et le soutien à l'installation de nouveaux professionnels de santé.

OBJET

Le présent amendement vise à mobiliser les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) comme un outil pour faciliter l'intégration des nouveaux praticiens au réseau professionnel du territoire.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	516
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. TISSOT et ANTISTE, Mme ARTIGALAS, MM. Martial BOURQUIN et DURAN, Mme GHALI, MM. Patrice JOLY, MANABLE, MARIE et MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT et TAILLÉ-POLIAN et MM. TOURENNE, VALLINI et VAUGRENARD

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie définis au 4^o de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

OBJET

Cet amendement, dont l'UNIOPSS est à l'origine, propose une articulation des projets territoriaux de santé avec les schémas départementaux personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Le projet territorial de santé est un outil de mise en cohérence de l'ensemble des projets des acteurs (projets des établissements de santé et médico-sociaux, des CPTS, projets médicaux partagés des GHT) et d'organisation des coopérations sur le territoire.

Cette mise en cohérence doit être étendue aux schémas départementaux médico-sociaux ou schémas personnes âgées et personnes en situation de handicap. Le conseil territorial de santé est composé de représentants des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, permettant de veiller à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas départementaux relatifs aux personnes âgées et des personnes en situation de handicap.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	227 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes DELMONT-KOROPOULIS et BONFANTI-DOSSAT, M. BRISSON, Mmes DEROMEDI et GRUNY et MM. MANDELLI, PIEDNOIR, BOULOUX, POINTEREAU et LAMÉNIE

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie définis au 4^o de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

OBJET

Le projet territorial de santé est un outil de mise en cohérence de l'ensemble des projets des acteurs (projets des établissements de santé et médico-sociaux, des CPTS, des Projets médicaux partagés des GHT) et d'organisation des coopérations sur le territoire. Cette mise en cohérence doit être étendue aux schémas départementaux médico-sociaux ou schémas personnes âgées et personnes en situation de handicap. Le Conseil territorial de santé est composé de représentants des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, permettant de veiller à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas départementaux relatifs aux personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Tel est l'objet du présent amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	307
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie définis au 4^o de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

OBJET

Cet amendement propose une articulation des projets territoriaux de santé avec les schémas départementaux personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Le projet territorial de santé est un outil de mise en cohérence de l'ensemble des projets des acteurs (projets des établissements de santé et médico-sociaux, des CPTS, des Projets médicaux partagés des GHT) et d'organisation des coopérations sur le territoire.

Cette mise en cohérence doit être étendue aux schémas départementaux médico-sociaux ou schémas personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Tel est l'objet du présent amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	621 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes ROSSIGNOL et LEPAGE, M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. IACOVELLI et DAUDIGNY,
Mme CONCONNE, MM. MANABLE, Martial BOURQUIN, TOURENNE et TEMAL,
Mmes MONIER et BLONDIN, MM. MAZUIR et MARIE et Mme GRELET-CERTENAIS

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie définis au 4^o de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles. » ;

OBJET

Cet amendement, dont l'UNIOPSS est à l'origine, propose une articulation des projets territoriaux de santé avec les schémas départementaux personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Le projet territorial de santé est un outil de mise en cohérence de l'ensemble des projets des acteurs (projets des établissements de santé et médico-sociaux, des CPTS, des Projets médicaux partagés des GHT) et d'organisation des coopérations sur le territoire.

Cette mise en cohérence doit être étendue aux schémas départementaux médico-sociaux ou schémas personnes âgées et personnes en situation de handicap. Le Conseil territorial de santé est composé de représentants des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, permettant de veiller à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas départementaux relatifs aux personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Tel est l'objet du présent amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	768 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

M. SAVIN, Mme Laure DARCOS, MM. BRISSON et KERN, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. HENNO, PIEDNOIR, GUERRIAU et LAUGIER, Mme DEROMEDI, MM. Daniel LAURENT et PACCAUD, Mme DURANTON, M. VASPART, Mmes RAMOND, Marie MERCIER, LASSARADE, BRUGUIÈRE et RAIMOND-PAVERO, MM. SOL, DUFAUT et Bernard FOURNIER, Mme NOËL, M. MOGA, Mme GRUNY, MM. HOUPERT et BOULOUX, Mme BILLON, M. MALHURET, Mme VULLIEN, MM. DECOOL et de NICOLAY, Mme FÉRAT, M. CHASSEING, Mme GATEL, M. KAROUTCHI, Mme LAMURE, MM. BONHOMME, LAMÉNIE, MANDELLI, SIDO et BOUCHET, Mme de la PROVÔTÉ et MM. GREMILLET, DARNAUD et GENEST

ARTICLE 7

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le projet territorial de santé comprend un volet relatif à la pratique d'activités physiques adaptées dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée mentionnée à l'article L. 1172-1. Il organise la coordination des intervenants et la cohérence dans le parcours de soins.

OBJET

L'article 7 du projet de loi pose le principe de l'établissement de projets territoriaux de santé à l'initiative des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en lien avec au moins un établissement ou un service de santé, social ou médico-social.

Cet amendement prévoit donc que ces projets territoriaux de santé comprennent un volet relatif à la pratique d'activités physiques pour les patients souffrant d'affections de longue durée.

L'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé permet, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, que le médecin traitant puisse prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

Cette prescription d'activité physique adaptée par le médecin traitant a été déclinée par le décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique

adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD).

Toutefois, ce dispositif n'est pas encore déployé à pleine ampleur, en raison de nombreux obstacles (formation des médecins, financement des activités physiques et sportives, notamment).

Un rapport de l'INSERM publié le 14 février dernier démontre l'importance de la pratique sportive chez les patients atteints d'ALD et préconise la prescription systématique d'activités physiques. C'est la raison pour laquelle il semble important que les futurs projets territoriaux de santé comprennent un volet relatif à ce sujet.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	388
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. LOZACH, Patrice JOLY et DELCROS

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

L'agence régionale de santé porte et accompagne le déploiement, à l'échelle du territoire, du projet de santé approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

OBJET

Les agences régionales de santé sont des facilitateurs en termes de projets de santé, mais rien ne prévoit qu'ils auront à assurer ce rôle. Cet amendement vise à renforcer cette mission d'accompagnement et de porteur de projet au service des territoires.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	170 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mmes Martine FILLEUL et LEPAGE, MM. LUREL, MANABLE, ANTISTE, MAZUIR et MARIE,
Mme TOCQUEVILLE, MM. MONTAUGÉ, DURAN et TISSOT, Mme BLONDIN, M. FICHET,
Mme GUILLEMOT, MM. TOURENNE, LECONTE et TEMAL et Mmes MONIER et
GRELET-CERTENAIS

ARTICLE 7

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

En l'absence d'initiative des professionnels dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé saisit les conseils territoriaux de santé pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé.

OBJET

Les projets territoriaux de santé sont laissés à l'initiative des acteurs de terrain. Néanmoins, on peut craindre, notamment dans les territoires en zone sous-dense, l'absence d'initiative des acteurs.

Dans ces cas, l'ARS doit être garant de la mise en place du projets territoriaux de santé.

Tel est l'objet du présent amendement qui offre la possibilité au directeur général de l'agence régionale de santé de saisir le conseil territorial de santé pour élaborer le projet territorial de santé. Le conseil territorial de santé est une instance de démocratie en santé dans laquelle sont représentés tous les acteurs du système de santé – y compris des représentants d'usagers et des acteurs de la prévention-promotion de la santé. Par ailleurs, il est le garant, via le diagnostic territorial partagé, que le PTS fixe des objectifs en cohérence avec les besoins de la population.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	517
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. TISSOT et ANTISTE, Mme ARTIGALAS, MM. Martial BOURQUIN et DURAN, Mme GHALI,
MM. Patrice JOLY, MANABLE, MARIE et MONTAUGÉ, Mme TAILLÉ-POLIAN et
MM. TOURENNE, VALLINI et VAUGRENARD

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le projet territorial de santé a pour durée celle du diagnostic territorial partagé auquel il est rattaché.

OBJET

Cet amendement, dont France Assos Santé est à l'origine, introduit une temporalité au PTS, nécessaire à la mise en mode projet de tous les acteurs qui y participent.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	272
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

I. – Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

et les résultats des évaluations sont présentés à la conférence régionale de santé

II. – Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans chaque région, le directeur général de l'agence régionale de santé présente devant la conférence régionale de santé, au moins une fois par an et en tant que de besoin, le bilan de la mise en œuvre du projet régional de santé au cours de l'année écoulée ainsi que ses orientations pour l'année à venir, notamment sur l'accès aux soins et l'évolution de l'offre en santé.

« Cette présentation donne lieu à débat. »

OBJET

La démocratie sanitaire n'a cessé de reculer à tous les échelons pour l'ensemble des actrices et des acteurs de la santé ces dernières années. Nous proposons donc d'ajouter à l'article 7 une présentation des résultats des évaluations des projets territoriaux de santé aux Conférences régionales de la santé et de l'autonomie, et une présentation annuelle du bilan de la mise en œuvre du plan régional de santé.

Cet amendement répond à la fois à une proposition de l'Association des paralysés de France (APF) et également à une attente d'élus locaux.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	622 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes ROSSIGNOL et LEPAGE, M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. IACOVELLI et DAUDIGNY,
Mme CONCONNE, MM. MANABLE, Martial BOURQUIN, TOURENNE et TEMAL,
Mmes MONIER et BLONDIN, MM. MAZUIR et MARIE et Mme GRELET-CERTENAIS

C	Défavorable
G	
Retiré	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes et faites aux enfants. » ;

OBJET

Cet amendement prévoit l'articulation obligatoire du projet territorial de santé avec les plans nationaux de lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants, plans dont la déclinaison locale est assurée par divers acteur.rice.s sous l'égide du ou de la préfet.e.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	623 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes ROSSIGNOL et LEPAGE, M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. IACOVELLI et DAUDIGNY,
Mme CONCONNE, MM. MANABLE, Martial BOURQUIN, TOURENNE et TEMAL,
Mmes MONIER et BLONDIN, M. MAZUIR et Mme GRELET-CERTENAIS

C	Défavorable
G	
Retiré	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les besoins locaux en termes d'accès aux droits sexuels et reproductifs, dont l'interruption volontaire de grossesse. » ;

OBJET

Cet amendement affirme l'importance de l'accès à l'IVG dans tous les bassins de vie. Le CTS a donc un rôle à jouer en matière de garantie des droits sexuels et reproductifs.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	73 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes MICOULEAU et BONFANTI-DOSSAT, MM. BRISSON, CHATILLON, CUYPERS et DANESI, Mme ESTROSI SASSONE, MM. GREMILLET, GUERRIAU et LAMÉNIE, Mme LAMURE, M. LEFÈVRE, Mme LHERBIER et MM. MEURANT, MORISSET, PERRIN, RAISON et SIDO

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, après la référence : « L. 1411-12 », sont insérés les mots : « , de biologistes médicaux mentionnés à l'article L. 6213-1 ».

OBJET

Cet amendement vise à intégrer les biologistes médicaux parmi les professionnels de santé de ville ayant la capacité juridique de créer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Contrairement à ce qu'a affirmé, en commission puis en séance, le rapporteur du projet de loi à l'Assemblée nationale, le fait pour les biologistes d'avoir la qualité de professionnels de santé ne suffit pas pour qu'ils puissent créer des CPTS.

En effet, il découle de la rédaction actuelle de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, que seuls les professionnels suivants peuvent constituer une CPTS :

- les professions médicales (médecins généralistes ou spécialistes de proximité, ou exerçant en établissement de santé, sages-femmes et odontologistes (art. L4111-1 à L4163-10),
- les professions d'auxiliaires médicaux (art. 4311-1 à 4394-3),
- les professions de la pharmacie (art. 4211-1 à 4244-2),
- les professionnels des établissements de santé

- et les professionnels de structures médico-sociales et sociales (art. L. 312 – 1 du code de l'action sociale et des familles).

Reconnaître aux biologistes la possibilité de créer des CPTS serait légitime car ils ont une grande expérience de coopération avec les établissements de soins, les médecins, les infirmiers, etc. Ils sont également à la croisée des spécialistes et du médecin traitant dans le parcours de santé.

En tant que praticiens spécialisés en biologie clinique, ils constituent le corps de spécialistes offrant le meilleur maillage territorial, jusque dans des communes de quelques milliers d'habitants. Aucune autre spécialité médicale ne propose un tel maillage.

Les biologistes médicaux disposent de moyens technologiques de pointe, accessibles depuis n'importe quel point du territoire, et requis dans toutes les phases du parcours de soins : du dépistage à la confirmation de la guérison, en passant par le diagnostic et le suivi.

Dans les faits, les généralistes en milieu rural et suburbain, qui sont de plus en plus confrontés à une activité poly-spécialisée, s'appuient sur l'expertise des biologistes médicaux de proximité pour prendre en charge leurs patients dans les meilleures conditions.

Les biologistes médicaux jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des patients sous traitement. Ils assurent, avec les infirmiers, le suivi ambulatoire des patients, par exemple ceux sous traitement anticoagulant. Ils sont amenés à prendre des décisions au vu des résultats des examens biologiques et en cas d'impossibilité à joindre le médecin (ex : antibiothérapie à poser en cas d'urgence, infection urinaire, pyélonéphrite).

Les laboratoires de ville, qui apportent des réponses médicales fiables, rapides et pertinentes, permettent également de donner de la souplesse à des hôpitaux désorganisés et à bout de souffle.

La présence des biologistes médicaux, qui ont un rôle majeur dans la permanence des soins, les urgences et les soins non programmés, s'impose donc tout naturellement au sein des CPTS. Ils sont capables de répondre aux besoins de prise en charge des patients sur un territoire donné et d'assurer le dialogue, à bon niveau, avec les médecins prescripteurs, les sages-femmes, les infirmiers.

En outre, en particulier en milieu rural, les biologistes pourraient être mis à contribution pour supporter et structurer les CPTS, dont ils pourraient même constituer l'ossature. Ils sont en effet habitués à fédérer des activités locales de taille moyenne (un laboratoire de biologie médicale emploie aujourd'hui plusieurs dizaines de personnes), ils disposent de locaux, technologies informatiques et de ressources humaines nécessaires à leur activité principale.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	161 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. DÉRIOT, Mme IMBERT, M. MILON, Mme PUISSAT, M. GILLES, Mmes DEROMEDI et LASSARADE, MM. BONHOMME, REVET, SAVARY, MOUILLER, MANDELLI et PONIATOWSKI, Mme DESEYNE, MM. Bernard FOURNIER, CHARON et BOULOUX et Mme DEROCHE

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, après la référence : « L. 1411-12 », sont insérés les mots : « , de biologistes médicaux mentionnés à l'article L. 6213-1 » ;

OBJET

Cet amendement vise à intégrer les biologistes médicaux parmi les professionnels de santé de ville ayant la capacité juridique de créer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

La rédaction actuelle de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, définit que seuls les professionnels suivants peuvent constituer une CPTS:

- les professions médicales (médecins généralistes ou spécialistes de proximité, ou exerçant en établissement de santé, sages-femmes et odontologistes (art. L. 4111-1 à L. 4163-10),
- les professions d'auxiliaires médicaux (art. 4311-1 à 4394-3),
- les professions de la pharmacie (art. 4211-1 à 4244-2),
- les professionnels des établissements de santé,
- et les professionnels de structures médico-sociales et familiales (art. L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles).

Reconnaître aux biologistes la possibilité de créer des CPTS serait légitime car ils ont une grande expérience de coopération avec les établissements de soins, les médecins, les infirmiers, etc. Ils sont également à la croisée des spécialistes et du médecin traitant dans le parcours de santé.

En tant que praticiens spécialisés en biologie clinique, ils constituent le corps de spécialistes offrant le meilleur maillage territorial, jusque dans les communes de quelques milliers d'habitants. Aucune autre spécialité médicale ne propose un tel maillage.

Les biologistes médicaux disposent de moyens technologiques de pointe, accessibles depuis n'importe quel point du territoire, et requis dans les phases du parcours de soins: du dépistage à la confirmation de la guérison, en passant par le diagnostic et le suivi.

Dans les faits, les généralistes en milieu rural et suburbain, qui sont de plus en plus confrontés à une activité poly-spécialisée, s'appuient sur l'expertise des biologistes médicaux de proximité pour prendre en charge leurs patients dans les meilleures conditions.

Les biologistes médicaux jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des patients sous traitement. Ils assurent, avec les infirmiers, le suivi ambulatoire des patients, par exemple ceux sous traitement anticoagulant. Ils sont amenés à prendre des décisions au vu des résultats des examens biologiques et en cas d'impossibilité à joindre le médecin (ex: antibiothérapie à poser en cas d'urgence, infection urinaire, pyélonéphrite).

Les laboratoires de ville, qui apportent des réponses médicales fiables, rapides et pertinentes, permettent également de donner de la souplesse à des hôpitaux désorganisés et à bout de souffle.

La présence des biologistes médicaux, qui ont un rôle majeur dans la permanence des soins, les urgences et les soins non programmés, s'impose donc tout naturellement au sein des CPTS. Ils sont capables de répondre aux besoins de prise en charge des patients sur un territoire donné et d'assurer le dialogue, à bon niveau, avec les médecins prescripteurs, les sages-femmes, les infirmiers.

En outre, en particulier en milieu rural, les biologistes pourraient être mis à contribution pour supporter et structurer les CPTS, dont ils pourraient même constituer l'ossature. Ils sont en effet habitués à fédérer des activités locales de taille moyenne (un laboratoire de biologie médicale emploie aujourd'hui plusieurs dizaines de personnes), ils disposent de locaux, technologies informatiques et de ressources humaines nécessaires à leur activité principale.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	414 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. ANTISTE, Mmes JASMIN et Gisèle JOURDA, M. DURAN et Mme ARTIGALAS

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, après les mots : « et sociaux », sont insérés les mots : « au premier rang desquels les centres et services mentionnés au 2°, 3°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » ;

OBJET

Le présent article vise à mettre en valeur dans la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) les intervenants de premier recours que sont les acteurs du domicile ou les structures ambulatoires intervenant dans le champ de l'enfance en situation de handicap.

Outre les deux catégories de structures qui permettent de lier les professionnels de santé libéraux avec des structures d'intervention précoce (les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) qui accueillent des enfants de 2 à 6 ans, ou les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) qui permettent de concourir au diagnostic de certaines pathologies du développement dans le champ de l'enfance), sont donc visés par cet amendement les services d'aide et d'accompagnement au domicile (SAAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) pour personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Sont également visés les services nécessitant une orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) tels que les services d'éducation spéciale dans le champ de l'enfance et les services d'aide à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Si l'ensemble des établissements et services médico-sociaux sont ciblés par le projet de loi actuel, il semble important dans le cadre de la promotion d'une société plus inclusive pour les personnes fragiles ou non encore diagnostiquées dans le champ de l'enfance en situation de handicap de mieux faire coopérer les professionnels de santé du premier

recours (dont les médecins de ville) avec les structures de ville ou les services qui interviennent au domicile des personnes fragiles afin de renforcer le soin de premier recours et de mieux positionner les interventions des services à domicile ou d'accompagnement spécialisé sur des missions de prévention.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	387
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. LOZACH, DELCROS et Patrice JOLY

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle peut se doter d'un coordinateur auquel elle reconnaît un statut professionnel qui lui permette, conformément aux missions qui lui sont dévolues, de piloter et de coordonner l'action de la communauté professionnelle territoriale de santé avec celle d'autres acteurs du territoire. » ;

OBJET

Cette demande émane des personnels de santé. Actuellement dans les CPTS (comme dans les maisons de santé), les personnes chargées de la coordination n'ont pas de statut professionnel et leur emploi n'est pas sécurisé. En créant ce statut, la CPTS se dote d'une personne spécialisée pour coordonner tous les professionnels de santé du territoire. Cela permet une plus grande stabilité et le recrutement par les CPTS de personnes compétentes, en leur donnant les moyens d'actions pour piloter des projets, notamment long-terme.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	131 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

M. SOL, Mmes EUSTACHE-BRINIO et DEROCHÉ, MM. CALVET, GUERRIAU, BRISSON et MORISSET, Mmes BRUGUIÈRE, GRUNY, MORHET-RICHAUD, BERTHET, DEROMEDI et BONFANTI-DOSSAT, MM. DECOOL et MOGA, Mme KAUFFMANN, MM. LEFÈVRE, DÉTRAIGNE, GENEST et PONIATOWSKI, Mme RAIMOND-PAVERO, M. MOUILLER, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et CHAUVIN, MM. MANDELLI et BONNE, Mme DELMONT-KOROPOULIS, MM. LAMÉNIE, MEURANT, PIEDNOIR, CHASSEING et BOULOUX, Mme Anne-Marie BERTRAND, M. CHARON et Mme LAMURE

ARTICLE 7

Alinéa 15

Rétablir le aa dans la rédaction suivante :

aa) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle peut également comprendre un ou plusieurs établissements de santé qui lui sont associés. » ;

OBJET

Dans le but de permettre une meilleure intégration des établissements publics de santé dans les projets territoriaux de santé, cet amendement prévoit que soit inscrit dans le code de la santé publique le fait que les établissements de santé peuvent participer aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Cette association se fera à l'initiative de la CPTS si elle le souhaite.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	647 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND, CABANEL, CASTELLI et
CORBISEZ, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, M. GABOUTY, Mme JOUVE et
MM. LÉONHARDT, REQUIER et VALL

ARTICLE 7

Alinéa 15

Rétablir le aa dans la rédaction suivante :

aa) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle peut également
comprendre un ou plusieurs établissements de santé qui lui sont associés. » ;

OBJET

Cet amendement a pour objectif d'inscrire dans la loi la participation des établissements
publics de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé. Cette
participation est parfois contestée par les professionnels de ville de la CPTS. Cet
amendement vise donc à préciser cette possibilité de façon plus expresse.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	505 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE, MALHURET et Alain MARC,
Mme MÉLOT, MM. MENONVILLE et WATTEBLED, Mmes DEROMEDI et NOËL et
MM. BOULOUX, NOUGEIN, MANDELLI, LAMÉNIE et BONHOMME

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 15

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les présidents des commissions médicales d'établissement pour les établissements de santé publics, et des conférences médicales d'établissements pour les établissements de santé privés, sont consultés et sont membres invités de ces communautés professionnelles territoriales de santé. » ;

OBJET

Le rôle d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) est de permettre une meilleure coordination des acteurs du premier recours et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

L'association des présidents de CME des établissements de santé publics et privés, en tant que membres invités des CPTS, permettra de faire le lien entre le secteur de l'hospitalisation et les objectifs poursuivis par les CPTS, en préservant l'essence même des CPTS : réunir les soignants autour du parcours du patient.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	800
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 7

Alinéa 16

Supprimer cet alinéa.

OBJET

Coordination : mise en cohérence avec le principe selon lequel l'ARS ne procède plus à une approbation formelle du projet de santé des CPTS



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	194 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes DELMONT-KOROPOULIS, DEROMEDI et GRUNY et MM. MANDELLI, PIEDNOIR et
LAMÉNIÉ

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 7

Alinéa 17

Supprimer cet alinéa.

OBJET

Cet amendement a pour objet de renforcer la confiance faite aux acteurs de terrain

Il n'apparaît pas acceptable que les professionnels de santé et médico-sociaux ne soient pas libres de déterminer le périmètre de leur communauté professionnelle territoriale ni que leur projet de santé soit soumis à approbation. Soumettre à approbation administrative une organisation de soins ambulatoires démontre une volonté d'hyper administration peu cohérente avec d'autres dispositions du présent projet de loi. Il est nécessaire de faire confiance aux acteurs de terrain qui travaillent déjà ensemble sur leur capacité à se regrouper à une échelle pertinente et à proposer des projets cohérents avec les projets territoriaux de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	561
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIH, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 7

Alinéa 18

Rédiger ainsi cet alinéa :

c) Au dernier alinéa, après les mots : « initiative des professionnels, », sont insérés les mots : « sous un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi n^o du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » ;

OBJET

Cet amendement a pour objet d'imposer la création de CPTS par les agences régionales de santé, lorsque les professionnels de santé présents sur un territoire donné ne sont pas saisis de cet outil de gouvernance dans un délai de 3 ans à compter de la publication de la présente loi.

Cette disposition permettra de normaliser le dispositif sur l'ensemble du territoire, et d'améliorer ainsi la lisibilité de la gouvernance de l'offre de santé, à l'échelon local comme au niveau national. Un délai de 3 ans paraît être une mesure équilibrée permettant de laisser l'initiative aux professionnels de santé, tout en assurant la continuité territoriale et la pérennité du dispositif.



**DIRECTION
DE LA SÉANCE**

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	660 rect. bis
----------------	---------------------

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Sagesse du Sénat
Adopté	

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme Nathalie DELATTRE, M. GABOUTY, Mme JOUVE et MM. REQUIER et VALL

ARTICLE 7

Alinéa 20

Après les mots :

primaires,

insérer les mots :

des projets de santé des équipes de soins spécialisés,

OBJET

Répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux est une lourde responsabilité et incombe à l'ensemble des acteurs sur le territoire, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés et au-delà les communautés professionnelles territoriales de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	410 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme JASMIN, MM. LUREL et ANTISTE et Mmes MONIER et CONCONNE

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 20

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 1434-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, les contrats territoriaux de santé peuvent porter sur les modes de financements des établissements concernés et sur la révision des coefficients géographiques. » ;

OBJET

Cet amendement vise à permettre aux ARS des départements d'outre-mer, pour les contrats territoriaux de santé prévus à l'alinéa 20 du présent projet de loi, de revoir avec l'accord de tous les partenaires des modalités de financements plus adaptés aux spécificités de ces territoires.

Dans le prolongement des préconisations du rapport du Député Jean-Marc Aubert sur le financement du système de soins dans les départements d'outre-mer, cet amendement vise à proposer des nouveaux modes de financements pour les GHT d'outre-mer, plus proches de la réalité de ces établissements, et sur la base d'une contractualisation entre les différents partenaires de chaque territoire.

En effet, les établissements de santé des outre-mer connaissent dans leur majorité des difficultés financières auxquelles les pouvoirs publics pallient depuis de nombreuses années sans revoir les modes de financements, et les coûts induits par l'éloignement.

Ainsi, les coefficients géographiques appliqués aux tarifs en outre-mer et les coûts des évacuations sanitaires sont souvent sous-estimés et doivent de l'avis de tous, être révisés, tant leurs calculs sont peu transparents et donc inadaptés aux enjeux de chaque départements ultramarins.

Des difficultés de mobilités et la mise aux normes de ces établissements sont autant de problématiques qui impactent lourdement les trésoreries déjà fragiles de ces établissements.

Il s'agit par cet amendement de permettre, en accord avec les ARS, de pouvoir dans le cadre des contrats territoriaux de santé, aussi définir au mieux des modes de financement adaptés aux spécificités de chaque territoire d'outre-mer.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	98 rect.
----------------	-------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes ESTROSI SASSONE, EUSTACHE-BRINIO et CHAIN-LARCHÉ, MM. SAVARY, DAUBRESSE et CALVET, Mme DUMAS, MM. LEFÈVRE, DUFAUT, CHATILLON, DANESI et BAZIN, Mmes DEROMEDI et GARRIAUD-MAYLAM, MM. PANUNZI, SAVIN et REVET, Mme Laure DARCOS, MM. DARNAUD, GENEST et MORISSET, Mme MORHET-RICHAUD, MM. LONGUET et GINESTA, Mme MALET, MM. PERRIN, RAISON, PONIATOWSKI, KAROUTCHI, MEURANT et MOUILLER, Mme CHAUVIN, MM. Bernard FOURNIER, MANDELLI, PIERRE, SIDO, de NICOLAY, CUYPERS, de LEGGE et RAPIN, Mme DI FOLCO, MM. GUENÉ et BOULOUX, Mme LAMURE et MM. BONNE, LAMÉNIE, Jean-Marc BOYER, DUPLOMB et GREMILLET

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 7

Après l'alinéa 23

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine une liste des délégations d'actes que les titulaires du diplôme d'État d'infirmier sont autorisés à pratiquer dans un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences.

OBJET

La prise en charge et l'accueil dans les services d'urgence se sont considérablement dégradés ces dernières années au sein des établissements hospitaliers français comme le dénonce la Cour des Comptes dans son dernier rapport annuel.

Déjà synonyme d'angoisse, ces services se sont tristement illustrés par des faits divers ayant entraîné la mort de patients ainsi que des dérapages budgétaires.

Cet amendement traduit une recommandation de la Cour de Comptes afin de résoudre en partie un des problèmes majeurs : le temps d'attente pour la prise en charge qui, comme cela s'est malheureusement passé en 2018, a coûté la vie à un certain nombre de patients dans plusieurs services en France.

En autorisant les titulaires du diplôme d'État d'Infirmier à pratiquer certains gestes essentiels pour soigner, pour soulager, le médecin est déchargé de tâches et il peut ainsi se

concentrer sur la réalisation du diagnostic, sur la consultation et sur d'autres types d'actes plus lourds qui nécessitent son attention.

Le décret permettra de consulter en amont l'ensemble des ordres concernés afin de déterminer une liste acceptée par l'ensemble des professionnels de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	241 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. Alain MARC, CHASSEING et LUCHE, Mme MÉLOT et MM. LAGOURGUE, GUERRIAU et DECOOL

ARTICLE 7

Alinéa 24

Supprimer cet alinéa.

OBJET

Cet amendement a pour objet de tirer la conséquence de la suppression du régime d'autorisation.

Il n'apparaît pas acceptable que les professionnels de santé et médico-sociaux ne soient pas libres de déterminer le périmètre de leur communauté professionnelle territoriale ni que leur projet de santé soit soumis à approbation.

Soumettre à approbation administrative une organisation de soins ambulatoires démontre une volonté d'hyper administration peu cohérente avec d'autres dispositions du présent projet de loi.

Pourquoi ne pas faire confiance aux acteurs de terrain qui travaillent déjà ensemble sur leur capacité à se regrouper à une échelle pertinente et à proposer des projets cohérents avec les projets territoriaux de santé ?



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	801
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 7

Alinéa 24

Remplacer le mot :

approuvé

par le mot :

validé

OBJET

Mise en cohérence avec la terminologie utilisée à d'autres endroits du texte



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	545 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DINDAR, Catherine FOURNIER,
GUIDEZ
et les membres du groupe Union Centriste

ARTICLE 7

I. – Alinéa 28

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 1434-15. – Afin d’assurer une bonne coordination de l’action des collectivités territoriales et des agences régionales de santé, dans chaque département, les élus sont concertés sur l’organisation territoriale des soins au moins une fois par an par le directeur général ou le directeur de la délégation départementale de l’agence régionale de santé. Les élus peuvent demander à inscrire une question à l’ordre du jour. Ils peuvent, en outre, solliciter l’organisation d’une réunion spécifique lorsque les circonstances le justifient.

II. – Alinéa 30

Remplacer les mots :

présentation est réalisée

par les mots :

concertation des élus intervient

III. – Alinéa 31

Supprimer cet alinéa.

OBJET

L’article 7 prévoit un temps de concertation entre les agences régionales de santé et les élus au niveau départemental permettant à l’agence régionale de santé de présenter au moins une fois par an et en tant que de besoin, le bilan de la mise en œuvre du projet régional de santé au cours de l’année écoulée ainsi que ses orientations pour l’année à venir, notamment sur l’accès aux soins et l’évolution de l’offre en santé. Si cette

présentation, qui permet une meilleure information des élus, est suivie d'un débat, elle ne permet cependant pas une véritable concertation.

Le présent amendement prévoit que les élus seront concertés, au niveau départemental, sur l'organisation territoriale des soins, de façon à assurer la bonne coordination de l'action des collectivités territoriales et des agences régionales de santé. Il prévoit également la possibilité, pour les élus, d'entendre le directeur général de l'agence régionale de santé sur un point qu'ils souhaiteraient inscrire à l'ordre du jour.

En effet, une coordination entre les agences régionales de santé et les collectivités territoriales est déjà à l'œuvre au niveau régional, au sein des commissions de coordination des politiques publiques. Il s'agit par cet amendement de prévoir un mécanisme complémentaire au niveau départemental.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	533 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Tombé	

MM. CHASSEING, BIGNON, CAPUS, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE, LAUFOAULU, MALHURET et Alain MARC, Mme MÉLOT, MM. MENONVILLE, WATTEBLED, BOULOUX, MOGA, GABOUTY, BONHOMME, LAMÉNIE et MANDELLI, Mmes DEROMEDI et NOËL et M. GREMILLET

ARTICLE 7

Alinéa 28

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 1434-15. – Dans chaque département est organisé au moins deux fois par an et en tant que de besoin, à l’initiative du directeur général ou du directeur de la délégation départementale de l’agence régionale de santé, un temps d’échanges avec les élus permettant notamment de débattre du projet régional de santé et de fixer des orientations pour les années à venir en particulier pour ce qui concerne l’accès aux soins et l’évolution de l’offre en santé.

OBJET

Cet amendement vise à renforcer le dialogue entre élus locaux et ARS, en renforçant leur implication dans les décisions relatives au projet régional de santé, à l’accès aux soins et à l’évolution de l’offre en santé dans leur territoire, au sein des instances de santé pilotées par les ARS.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	541 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Tombé	

MM. CHASSEING, BIGNON, CAPUS, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE, LAUFOAULU, MALHURET et Alain MARC, Mme MÉLOT, MM. MENONVILLE, WATTEBLED, BOULOUX, MOGA, GABOUTY, BONHOMME, LAMÉNIE et MANDELLI, Mmes DEROMEDI et NOËL et M. GREMILLET

ARTICLE 7

Alinéa 28

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 1434-15. – Dans chaque département est organisé au moins une fois par an, à l’initiative du directeur général ou du directeur de la délégation départementale de l’agence régionale de santé, un temps d’échanges avec les élus permettant notamment de débattre du projet régional de santé et de fixer des orientations pour les années à venir en particulier pour ce qui concerne l’accès aux soins et l’évolution de l’offre en santé.

OBJET

Amendement de repli.

Cet amendement vise à renforcer le dialogue entre élus locaux et ARS, en renforçant leur implication dans les décisions relatives au projet régional de santé, à l’accès aux soins et à l’évolution de l’offre en santé dans leur territoire, au sein des instances de santé pilotées par les ARS.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	699
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme Martine FILLEUL, M. KANNER, Mme FÉRET, MM. JOMIER et DAUDIGNY,
Mmes GRELET-CERTENAIS, JASMIN, ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE et LUBIN,
M. TOURENNE, Mme HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT,
Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE,
MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA,
MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ,
Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN,
MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Tombé	

ARTICLE 7

Alinéa 28

Après les mots :

en tant que de besoin,

insérer les mots :

le bilan des données dont elle dispose relatives à l'état de santé de la population du territoire concerné et son évolution au cours de l'année écoulée, et

OBJET

L'information sur l'état de santé d'une population et les nombreux facteurs qui le déterminent (comportements, environnements, professionnels de santé, établissements et services de soins et d'accompagnement...) est indispensable dans une perspective d'aide à la décision, d'ingénierie et de mise en place de politiques publiques en matière de santé publique.

Malheureusement, ces données ne sont pas toujours accessibles aux décideurs publics et élus. C'est notamment le cas dans certains territoires dépourvus d'Observatoire de Santé, comme par exemple dans le Nord et le Pas de Calais.

Face à ce constat, il semble pertinent que l'ARS partage les données dont elle dispose en la matière et en fasse une présentation au moins annuelle aux élus du territoire concerné.

C'est ce que propose cet amendement du groupe socialiste.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	386
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. LOZACH, DELCROS et Patrice JOLY

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Tombé	

ARTICLE 7

I. – Alinéa 29

1^o Première phrase

a) Après le mot :

sont

insérer les mots :

les parlementaires du département,

b) Après le mot :

cinq

insérer les mots :

représentants des

2^o Deuxième et troisième phrases

Supprimer ces phrases.

II. – Après l'alinéa 29

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général ou le directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé peut convier les associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1.

III. – Alinéa 31

Remplacer le mot :

donne

par les mots :

peut donner

OBJET

Les agences régionales de santé (ARS) développent une politique de santé dans les territoires en adaptant l'offre aux besoins locaux et contribuent à la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, dans le respect de la mission fixée par le législateur aux ARS.

Des instances de concertation ont été mises en place pour consulter les acteurs du système de santé que sont les élus, les professionnels de santé et les usagers parmi lesquelles les conseils de surveillance des ARS, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les conseils territoriaux de santé.

Aucun dispositif n'est prévu à l'heure actuelle pour permettre aux directeurs généraux des ARS de présenter leur politique locale de santé aux élus du territoire.

Dans la continuité de l'engagement de Mme la Ministre de la santé lors de la séance des questions au Gouvernement du 12 mars dernier, il est important que les ARS fassent un travail commun avec les élus locaux, mais aussi les professionnels de santé, les citoyens et les usagers du territoire, pour trouver un équilibre entre démocratie locale et une nécessaire vision d'ensemble du territoire apportée par les ARS.

Cet amendement prévoit donc que le directeur général de l'agence régionale de santé leur présente régulièrement le bilan de la mise en œuvre de la politique de santé sur le territoire concerné, notamment en matière d'accès aux soins et d'évolution de l'offre de santé.

Il permet en outre au directeur de l'ARS ou à son représentant de convier les associations agréées en matière de santé, qui participent, aux côtés des collectivités territoriales, à l'élaboration du projet territorial de santé tel que prévu dans l'article 7 du présent projet de loi, ainsi que les associations d'usagers mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, à la présentation du bilan de la mise en œuvre du projet régional de santé au cours de l'année écoulée, ainsi que ses orientations pour l'année à venir, notamment sur l'accès aux soins et l'évolution de l'offre en santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	339
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Alinéa 29, première phrase

Après le mot :

sont

insérer les mots :

les parlementaires du département,

OBJET

Alors que les parlementaires ne sont pas associés aux décisions de santé de leur territoire, il semble contradictoire que le Sénat supprime cette disposition.



**DIRECTION
DE LA SÉANCE**

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	17 rect. bis
----------------	--------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DINDAR, Catherine FOURNIER et
GUIDEZ et M. CAPO-CANELLAS

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 7

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – À la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , ou exerçant au sein d'une même communauté professionnelle territoriale de santé définie à l'article L. 1434-12 du même code, ».

OBJET

Cet amendement a pour but de permettre aux médecins d'être désignés conjointement médecins traitants dès lors qu'ils participent à une même communauté professionnelle territoriale de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	181 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL,
MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE,
MM. SUEUR, MONTAUGÉ, VAUGRENARD, TODESCHINI, MARIE et Martial BOURQUIN,
Mme Gisèle JOURDA, MM. Patrice JOLY, DURAN et LUREL, Mme ARTIGALAS,
MM. MANABLE et TISSOT, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. COURTEAU et TEMAL et
Mme MONIER

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Après la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ces accords déterminent également les modalités selon lesquelles les professionnels de santé relevant des communautés professionnelles territoriales de santé s'organisent entre eux pour assurer un service de garde dans chaque bassin de vie. »

OBJET

Cet amendement vise à prévoir l'organisation de systèmes de garde à l'échelle des bassins de vie pour les professionnels des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans le cadre des négociations conventionnelles avec l'assurance-maladie.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	262 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mmes IMBERT et DESEYNE, M. MOUILLER, Mmes GRUNY, Laure DARCOS et MORHET-RICHAUD, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mmes MALET et GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROCHE et RICHER et MM. Daniel LAURENT, PIEDNOIR et SAVARY

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 1434-13 de code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les équipes de soins primaires et les maisons de santé pluriprofessionnelles peuvent bénéficier dans les zones définies au 1° de l'article 1434-4, d'assistants territoriaux de médecine générale dont le statut est défini par la voie réglementaire. »

OBJET

Cette proposition d'amendement reprend le principe des assistants hospitaliers en allant au-delà du simple cadre hospitalier et en créant un statut d'assistant orienté vers l'activité libérale.

Ce nouveau dispositif orienté vers l'activité libérale sera proposé aux jeunes médecins thésés.

Ce nouvel assistant territorial de médecine générale viendra en appui des professionnels de santé, quel que soit leur modèle de regroupement.

Ce dispositif produirait des effets à court terme en termes de professionnalisation et d'installation des médecins.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	47 rect. quinq uies
----	------------------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mmes GUIDEZ et EUSTACHE-BRINIO, MM. DECOOL et BRISSON, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. GUERRIAU et LOUAULT, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. DÉTRAIGNE et MORISSET, Mmes Laure DARCOS et KAUFFMANN, MM. Loïc HERVÉ et MEURANT, Mmes BILLON et FÉRAT, MM. Bernard FOURNIER, LAMÉNIE, CAZABONNE, MOGA et RAPIN et Mme de CIDRAC

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au quatrième alinéa de l'article L. 5125-3, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « un an » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 5125-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'ouverture d'une deuxième officine peut être autorisée par voie de transfert ou de regroupement lorsque le nombre d'habitants recensés dans la commune, dans la commune nouvelle ou dans les communes mentionnées à l'article L. 5125-6-1, est au moins égal à 5 000. »

OBJET

L'état du droit actuel est ressenti par de nombreux élus comme un véritable obstacle pour l'installation d'une nouvelle pharmacie sur le territoire d'une commune.

En effet, l'ouverture d'une première officine est autorisée lorsque le nombre d'habitants recensés est au moins égal à 2 500. En revanche, pour pouvoir en ouvrir une de plus, l'autorisation est délivrée par tranche supplémentaire de 4 500 habitants.

Ce second critère est trop élevé et empêche ainsi, sur de nombreuses collectivités, l'installation d'une deuxième pharmacie alors que les besoins liés à la desserte en médicaments sont présents.

Dans plusieurs communes de l'Essonne, ce seuil empêche l'implantation d'une officine supplémentaire. Pourtant, de nombreux patients de communes voisines viennent dans ces dernières se fournir en médicaments. Une seule pharmacie est donc loin d'être suffisante.

C'est pourquoi cet amendement propose d'établir un seuil raisonnable pour l'ouverture d'une deuxième officine : 2 500 habitants au lieu de 4 500. Toutefois, la tranche supplémentaire de 4 500 habitants pour l'ouverture d'une pharmacie de plus reste inchangée.

Par ailleurs, les conditions démographiques sont appréciées pour une durée au moins égale à deux ans. Là aussi, ce critère est trop contraignant, notamment lorsque l'évolution démographique est avérée ou prévisible. Cet amendement propose de le réduire à un an.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	48 rect. quinq uies
----	------------------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mmes GUIDEZ et EUSTACHE-BRINIO, MM. DECOOL et BRISSON, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. GUERRIAU et LOUAULT, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. DÉTRAIGNE et MORISSET, Mmes Laure DARCOS et KAUFFMANN, MM. Loïc HERVÉ et MEURANT, Mmes SAINT-PÉ, BILLON et FÉRAT, MM. LAFON, Bernard FOURNIER, LAMÉNIE, CAZABONNE et RAPIN et Mme de CIDRAC

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 5125-4 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'ouverture d'une deuxième officine peut être autorisée par voie de transfert ou de regroupement lorsque le nombre d'habitants recensés dans la commune, dans la commune nouvelle ou dans les communes mentionnées à l'article L. 5125-6-1, est au moins égal à 5 000. »

OBJET

Il s'agit ici d'un amendement de repli.

Contrairement au premier qui proposait de revenir sur les critères numérique et temporel (conditions démographiques remplies depuis deux ans), celui-ci propose de modifier uniquement le seuil démographique de référence pour l'implantation d'une pharmacie supplémentaire.

La tranche supplémentaire de 4500 habitants, retenue par la loi à ce jour, demeure trop contraignante et empêche, sur de nombreuses communes, l'installation d'une deuxième pharmacie alors que les besoins liés à la desserte en médicaments sont présents.

Par conséquent, cet amendement établit un seuil raisonnable pour l'ouverture d'une deuxième officine : 2 500 habitants au lieu de 4500. Toutefois, la tranche supplémentaire de 4 500 habitants pour l'ouverture d'une pharmacie de plus reste inchangée.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	49 rect. quinq uies
----	------------------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mmes GUIDEZ et EUSTACHE-BRINIO, MM. DECOOL et BRISSON, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. GUERRIAU et LOUAULT, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. DÉTRAIGNE et MORISSET, Mmes Laure DARCOS et KAUFFMANN, M. Loïc HERVÉ, Mme PERROT, M. MEURANT, Mmes SAINT-PÉ et BILLON, M. BONNE, Mme FÉRAT, MM. LAFON, LAMÉNIE, Bernard FOURNIER, CAZABONNE et MOGA et Mme Anne-Marie BERTRAND

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5125-5-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette cessation définitive d'activité ne peut avoir lieu lorsqu'elle intervient à la suite d'une acquisition par un ou plusieurs pharmaciens d'un quartier ou d'une commune avoisinants, notamment lorsque l'évolution démographique de la population résidente du quartier ou de la commune concernés est avérée ou prévisible au regard des permis de construire délivrés pour des logements individuels ou collectifs. Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent alinéa. »

OBJET

Certains pharmaciens profitent de la vente d'une officine avoisinante et concurrente pour l'acquérir, dans le seul but de faire cesser son activité. Une telle pratique pose de sérieuses difficultés, en particulier quand les besoins d'approvisionnement et d'accès des populations, présents et à venir, ne sont plus satisfaits.

Cette pratique s'est illustrée à au moins deux reprises dans le département de l'Essonne. Dans le premier cas, une commune a vu sa seconde pharmacie fermée après que les propriétaires de l'autre officine l'aient rachetée. Malheureusement, la seule structure présente à ce jour n'est pas en capacité d'absorber l'affluence des clients, enrichie par la venue de résidents de communes périphériques. De plus, sa situation (places de parking inexistantes, accessibilité difficile, etc.) contraint les personnes à se reporter vers d'autres pharmacies, situées par exemple dans des centres commerciaux.

Pour la deuxième commune, le maire a dû faire preuve d'un acharnement exemplaire, en se mobilisant devant la Justice pour qu'elle donne raison à un couple disposant d'un projet de reprise pérenne et non à ceux qui, disposant d'un capital certes plus élevé, souhaitaient la fermer.

Face à de telles pratiques, les élus locaux, principaux acteurs de la dynamique de leur territoire, demeurent désemparés. La situation des habitants est elle aussi fragilisée.

Ainsi, comment peut-on accepter l'acquisition d'une officine en vue d'une cessation définitive de son activité quand, dans le même temps, la population de la commune augmente, la présence de professionnels médicaux est assurée (installation de plusieurs médecins généralistes, construction d'une maison médicale, etc.) et qu'un projet de reprise existe ?

Le droit en vigueur ne permet pas, en pratique, de répondre à cette problématique. C'est pourquoi cet amendement tend à mieux encadrer juridiquement ces procédés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	118 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DINDAR, Catherine FOURNIER,
GUIDEZ
et les membres du groupe Union Centriste

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le sixième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils prennent en compte les moyens visant à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins que l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation s'engage le cas échéant à mettre en œuvre. »

OBJET

Cet amendement vise à valoriser la responsabilité territoriale des établissements de santé par la prise en compte des moyens qu'ils s'engagent à mettre en œuvre pour renforcer l'accès aux soins (centres médicaux déconcentrés, consultations avancées ou itinérantes, télémédecine...) dans leur CPOM.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	666 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

Mme GUILLOTIN, MM. ARTANO, Alain BERTRAND, CABANEL, CASTELLI et CORBISEZ,
Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD et JEANSANNETAS,
Mme JOUVE et MM. REQUIER, ROUX et VALL

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le chapitre VII du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre VII

« Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

« Art. L. 6327-1. – Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et, le cas échéant, les structures qui les emploient, peuvent solliciter un appui à la coordination des parcours de santé qu'ils estiment complexes afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1.

« Art. L. 6327-2. – Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes :

« 1° Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de la coordination des soins au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et les autres professionnels concernés ;

2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée, à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;

3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 6327-1 du présent code.

« Art. L. 6327-3. – Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé.

Cette gouvernance s'assure du respect du principe d'une intervention subsidiaire du dispositif d'appui par rapport à celle des professionnels mentionnés à l'article L. 6327-4.

« Art. L. 6327-4. – Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'un ou plusieurs dispositifs d'appui.

« Art. L. 6327-5. – Les centres locaux d'information et de coordination mentionnés à l'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles peuvent intégrer le dispositif mentionné à l'article L. 6327-2 du présent code sur délibération en ce sens du conseil départemental.

« Art. L. 6327-6. – Pour les activités soumises à autorisation en application de l'article L. 6122-1, nécessitant une expertise particulière, des dispositifs spécifiques régionaux peuvent organiser un appui spécialisé aux professionnels de santé, établissements de santé, ainsi qu'aux agences régionales de santé.

« Art. L. 6327-7. – Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret. »

II – Les dispositifs d'appui existants en application des articles L. 6321-1, L. 6321-2, L. 6327-1 à L. 6327-3 du code de la santé publique et de l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles en vigueur antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente loi intègrent les dispositifs mentionnés aux articles L. 6327-2 à L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi dans un délai qui ne peut excéder trois ans suivant la date de la publication de la présente loi. Au terme de ce délai, les articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique et l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.

III. – Les organisations assurant les fonctions d'appui à la coordination prévus au V de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 en ce qu'ils concernent les expérimentations conduites dans le cadre de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de sécurité sociale pour 2013 intègrent les dispositifs unifiés mentionnés aux articles L. 6327-2 à L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi au plus tard à leur date d'expiration.

OBJET

Plusieurs dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé se sont successivement développés ces dernières années : les réseaux de santé, la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), les coordinations territoriales d'appui (CTA) du programme relatif aux parcours

des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), les plateformes territoriales d'appui (PTA), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Les territoires d'intervention de ces dispositifs au niveau local ne sont pas harmonisés. Leurs champs d'action sont différents, parfois complémentaires mais aussi parfois redondants. Les populations bénéficiaires ne sont pas non plus les mêmes.

Il en résulte des services et des missions d'appui à la coordination aux parcours peu lisibles pour les professionnels et pour la population, sous-utilisés, entraînant parfois un phénomène de concurrence entre gestionnaires au détriment de l'efficacité collective et, *in fine*, aboutissant à une fragilisation et une inégalité de service rendu aux personnes.

Le besoin d'une meilleure structuration de l'offre de santé de proximité et d'appui à la coordination des parcours de santé est pourtant largement avéré, exprimé par les acteurs eux-mêmes. En outre, les travaux « grand âge et autonomie », débutés autour de réflexions relatives aux maisons des aînés et des aidants (M2A), ont pointé la nécessité d'une organisation de type guichet unique, lisible et facilement accessible, pour satisfaire aux objectifs de service rendu aux usagers et à leurs aidants en particulier en matière d'accueil, d'information et d'orientation. .

Le présent amendement vise :

- à unifier ces dispositifs d'appui à la coordination afin de simplifier et améliorer leur efficacité au bénéfice de la population et des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social ;
- à définir les services rendus attendus à la population et aux professionnels ;
- à s'assurer du respect du principe d'une intervention subsidiaire du dispositif d'appui par rapport à celle des professionnels ;
- à garantir une gouvernance légitime assurant une représentation équilibrée des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Il offre ainsi un cadre simplifié aux acteurs pour qu'ils puissent déterminer eux-mêmes les modalités d'organisation de ce dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes en tenant compte des réalités locales, des besoins de la population et de leurs propres besoins, liés notamment à leurs efforts de structuration de l'offre de proximité, notamment à travers la mise en place de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). De plus, en unifiant l'appui aux professionnels, il permettra une articulation efficace avec les guichets pour la population tel que l'ambitionne le plan Grand Age – Autonomie à travers les maisons des aînés et des aidants (M2A).

Le présent amendement contribuera donc à consolider la capacité des acteurs des secteurs sanitaires, social et médico-social à répondre aux besoins de nos concitoyens au plus proche de leurs lieux de vie.

Un délai de 3 ans est aménagé pour permettre aux différents dispositifs d'appui de rejoindre le nouveau cadre commun dans les meilleures conditions.

En outre, la mesure prévoit de maintenir les dispositifs et les missions d'expertise à vocation régionale spécifique à une pathologie aujourd'hui assurée par exemple par les réseaux régionaux en cancérologie ou en périnatalité.

Enfin, les conseils départementaux, chefs de file de la politique gériatrique, définissent et mettent en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants, notamment par le déploiement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

En permettant aux conseils départementaux qui le souhaitent d'inclure les CLIC dans le périmètre des dispositifs d'appui à la coordination, cette mesure permet de réunir, lorsque cela est possible et pertinent, l'ensemble des services aux usagers et aidants avec l'appui aux professionnels.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	51 rect. quater
----	-----------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

Mme GUIDEZ, MM. DECOOL, LONGEOT et BRISSON, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. GUERRIAU et LOUAULT, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. DÉTRAIGNE et MORISSET, Mme KAUFFMANN, M. Loïc HERVÉ, Mme PERROT, M. MEURANT, Mmes BILLON et FÉRAT et MM. LAFON, Bernard FOURNIER, LAMÉNIE, CAZABONNE, MOGA et RAPIN

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6323-1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « ainsi que d'autres professionnels titulaires d'un diplôme d'État ou d'un diplôme universitaire dans le domaine de la santé » ;

b) Au dernier alinéa, après le mot : « charge », il est inséré le mot : « préventive, » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 6323-3, les mots : « ou pharmaciens » sont remplacés par les mots : « , pharmaciens ou autres professionnels titulaires d'un diplôme d'État ou d'un diplôme universitaire dans le domaine de la santé ».

OBJET

Le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé entend répondre à plusieurs défis, comme la meilleure structuration des soins dans les territoires, la constitution d'un collectif de soins, etc.

Aussi, la prévention, notamment celle des pathologies, constitue un enjeu considérable. Pour cela, la mise à disposition d'informations ne saurait constituer l'unique moyen pour répondre à cet objectif.

La prévention, menée au niveau local par exemple, doit s'appuyer sur des équipes pluridisciplinaires. Les acteurs de l'éducation thérapeutique et les professionnels de la relation d'aide sont appelés à trouver leur place.

Inciter les personnes à optimiser leurs propres ressources doit être prise en compte dans la transformation du système de santé.

Par exemple, le travail des hypnothérapeutes s'inscrit parfaitement en ce sens. Ils agissent dans les troubles du sommeil, la lutte contre les addictions (comme le tabac et l'alcool), la lutte contre la consommation excessive de sucre, la prise en charge pour faire face au stress ou pour gérer la douleur, etc. Aujourd'hui, ils sont 6 000 en France. Par conséquent, ils doivent être mieux pris en considération.

Leur rôle en matière préventive est ainsi primordial pour apporter des solutions à des situations qui pourraient s'aggraver et avoir de lourdes conséquences sur le plan de la santé.

C'est pourquoi cet amendement vise à mieux encadrer la présence, au sein des centres et maisons de santé, d'autres professionnels, tels que les hypnothérapeutes, les psychologues, etc.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	651 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme GUILLOTIN, MM. ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme Nathalie DELATTRE, M. GABOUTY, Mme JOUVE et MM. REQUIER et VALL

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de l'adoption de la présente loi, une étude sur la gouvernance du système de santé. Cette étude porte notamment sur l'état actuel, ses atouts, ses limites, les avantages et inconvénients d'une unification potentielle de la gouvernance au niveau national, et l'évolution du rôle des agences régionales de santé et de leurs délégations territoriales au regard du périmètre des nouvelles régions.

OBJET

La gouvernance nationale du système de santé est aujourd'hui morcelée entre plusieurs acteurs et les moyens de coordination entre les différentes institutions nationales paraissent insuffisants pour assurer la cohérence du système et l'efficacité de sa régulation. C'est pourquoi il paraît nécessaire de lancer une étude sur l'état de la gouvernance actuelle et ses perspectives d'amélioration/de renforcement de la cohérence. Tel est l'objet du présent amendement.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	50 rect. sexies
----	-----------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mmes GUIDEZ et EUSTACHE-BRINIO, MM. HENNO, DECOOL, LONGEOT et GUERRIAU, Mme PUISSAT, M. LOUAULT, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. DÉTRAIGNE, MORISSET et Loïc HERVÉ, Mme PERROT, M. MEURANT, Mmes SAINT-PÉ, BILLON et FÉRAT, MM. LAFON, Bernard FOURNIER, LAMÉNIE, CAZABONNE et MOGA, Mmes Anne-Marie BERTRAND, RENAUD-GARABEDIAN et de CIDRAC et M. GREMILLET

ARTICLE 7 BIS

Après l'alinéa 3

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le même quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, d'autres médicaments dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. »

OBJET

À ce jour, les infirmiers peuvent effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, et peuvent aussi renouveler, sous certaines conditions, les prescriptions datant de moins d'un an de médicaments contraceptifs oraux. Le présent amendement a pour objectif d'élargir ce droit.

Ainsi, il vise à permettre à ces professionnels de renouveler certaines prescriptions, dans un cadre sécurisé, de médicaments dont la liste est fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

De ce fait, il s'inscrit dans une logique de simplification du parcours de soin. Le patient pourra voir son ordonnance renouvelée, sans retourner voir son médecin, par le biais de son infirmier qui se rend par exemple chez lui, dans le cadre de sa mission de soins à domicile.

Il s'agirait notamment de médicaments traitant des douleurs légères à moyennes, comme des antalgiques périphériques (paracétamol, anti-inflammatoires de type non-stéroïdien, etc.).

Enfin, une telle mesure permettrait de réduire l'impact de la désertification médicale sur les territoires ruraux, les coûts de transports pour les citoyens (carburant, tickets de transport, etc.), et générerait en somme une source d'économie pour l'assurance maladie en évitant une consultation du médecin.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	100 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mmes ESTROSI SASSONE, EUSTACHE-BRINIO et CHAIN-LARCHÉ, MM. SAVARY et DAUBRESSE, Mme DUMAS, MM. CHARON, LEFÈVRE, DUFAUT, CHATILLON, DANESI et BAZIN, Mmes DEROMEDI et GARRIAUD-MAYLAM, MM. PANUNZI, SAVIN, REVET, DARNAUD et MORISSET, Mme MORHET-RICHAUD, MM. LONGUET, GINESTA, PERRIN, RAISON, GENEST, PONIATOWSKI, KAROUTCHI, MEURANT, Bernard FOURNIER, MANDELLI, PIERRE, SIDO, de NICOLAY, de LEGGE, GUENÉ et BOULOUX, Mme LAMURE, M. LAMÉNIÉ, Mme de CIDRAC et MM. Jean-Marc BOYER, DUPLOMB, GREMILLET et SEGOUIN

ARTICLE 7 BIS

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale » sont remplacés par les mots : « médicaments, des dispositifs médicaux, des produits et prestations que les infirmiers » ;

OBJET

Cet amendement vise à étendre les compétences des infirmiers afin de répondre aux besoins des patients mais également aux nouveaux enjeux de santé publique.

Alors que le projet de loi vise à « transformer le système de santé », il paraît donc logique d'apporter des modifications de fond attendus par les professionnels de santé et les patients en assouplissant le cadre légal existant.

Cette mesure de bon sens s'adresse essentiellement aux infirmiers libéraux et permettra un meilleur suivi des pathologies diagnostiquées par les médecins et une meilleure prise en charge de la douleur.

L'arrêté ministériel devra, en amont de sa publication, permettre de consulter l'ensemble des sociétés savantes concernées afin que déterminer une liste acceptée par les professionnels de santé.

La Cour des Comptes formule la même recommandation pour le cadre hospitalier : déléguer plus d'actes afin de répondre aux problématiques de démographie médicale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	248
----------------	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. DAUDIGNY

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7 BIS

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale » sont remplacés par les mots : « médicaments, des dispositifs médicaux, des produits et prestations que les infirmiers » ;

OBJET

La structuration des soins de proximité et la constitution d'un collectif de soins autour du patient est le premier objectif du présent projet de loi. Les infirmiers constituent l'un des piliers de ce collectif d'exercice coordonné de proximité. Pour cela, le rôle des professionnels de santé et l'étendue de leur compétence définie par la loi doivent être souples afin de répondre aux besoins des patients.

Or le cadre légal de l'exercice infirmier s'avère trop rigide. Certains actes sont conditionnés dans les textes à l'existence d'une prescription préalable d'un médecin mais sont, dans la réalité, réalisés sans prescription par l'infirmier qui en informe le médecin.

Le présent amendement vise donc à assouplir le cadre légal d'exercice des infirmiers. Ainsi, l'infirmier pourra prescrire les examens de contrôle du patient diabétique dont il assure le suivi. De même dans la prise en charge de la douleur, la prescription d'antalgiques de pallier 1 serait possible comme le préconise la Cour des comptes dans son dernier rapport annuel sur les urgences. L'usage de certains produits tels que les solutions antiseptiques utiles lors de la pose ou de la dépose des dispositifs médicaux que les infirmiers prescrivent déjà serait également facilité. Cette mesure sera source de simplification pour les professionnels autant que pour les patients, et source potentielle d'économies pour l'assurance maladie.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	412 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. ANTISTE, Mmes JASMIN et Gisèle JOURDA, M. DURAN et Mme ARTIGALAS

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7 BIS

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, » sont remplacés par les mots : « médicaments, des dispositifs médicaux, des produits et prestations que les infirmiers » ;

OBJET

Dans un contexte de démographie médicale très dégradée dans certains territoires, les infirmiers se trouvent en grande difficulté pour obtenir certaines prescriptions médicales. Ainsi, certains actes sont conditionnés dans les textes à l'existence d'une prescription préalable d'un médecin mais sont, en pratique, réalisés sans prescription par l'infirmier qui en informe parallèlement le médecin qui, dans le meilleur des cas, régularise une prescription a posteriori pour permettre le remboursement.

Le présent amendement vise donc à assouplir le cadre légal d'exercice des infirmiers. Ainsi, l'infirmier pourra par exemple prescrire les examens de contrôle du patient diabétique dont il assure le suivi. La dépose des dispositifs médicaux que les infirmiers prescrivent déjà serait également facilitée. Cette mesure sera source de simplification pour les professionnels autant que pour les patients, et source potentielle d'économies pour l'assurance maladie. Cette ouverture sera encadrée par arrêté.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	277
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7 BIS

Alinéa 4

Après le mot :

antiseptiques

insérer le mot :

antalgiques de palier 1

OBJET

Les auteur.e.s de l'amendement proposent d'ajouter, les antalgiques de palier 1, à la liste des prescriptions possibles par les infirmier.e.s.

En effet, l'amélioration de la prise en charge de la population passe par la possibilité pour l'infirmier.e. de répondre à des douleurs aiguës d'intensité faible.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	433 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme BERTHET, M. BONNE, Mme IMBERT, M. Bernard FOURNIER,
Mmes DELMONT-KOROPOULIS et LASSARADE, MM. MEURANT, SAVARY et PELLELAT,
Mmes PUISSAT, NOËL et MORHET-RICHAUD, M. LEFÈVRE, Mmes GRUNY et DEROMEDI,
MM. BRISSON, KAROUTCHI, REVET, SIDO, BOULOUX et BONHOMME, Mmes DEROUCHE et
LAMURE et M. LAMÉNIE

ARTICLE 7 BIS

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sauf en cas d'indication contraire du médecin, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puériculteur ou puéricultrice peut prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Un arrêté des ministres chargés des solidarités et de la santé fixe la liste des dispositifs médicaux concernés »

OBJET

Cet amendement prévoit d'ouvrir la possibilité aux puériculteurs et puéricultrices de pouvoir prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a affirmé, dans son avis du 15 janvier 2019, qu'une extension de la prescription des tire-laits aux infirmières puéricultrices pourrait être envisagée dans la mesure où elles participent déjà à l'accompagnement à l'allaitement.

En effet, l'article R. 4311-13 du code de la santé publique précise que l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice dispense en priorité les actes de surveillance du régime alimentaire du nourrisson.

Le diplôme d'État de puéricultrice est délivré aux titulaires d'un diplôme d'infirmier ou de sage-femme qui ont validé une formation spécifique (art. D. 4311-49 CSP). Aujourd'hui parmi eux, seules les sages-femmes ont l'autorisation de prescrire des tire-laits (arrêté du 27 juin 2006).

Dans le cadre d'une perspective d'évolution de la prescription de dispositifs de soutien à l'allaitement tels que les tire-laits par les puéricultrices, il apparaît nécessaire de légiférer

sur la base des dispositifs de soutien à l'allaitement et de renvoyer au pouvoir réglementaire le soin de définir précisément les dispositifs concernés dans le cadre d'un arrêté ministériel.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	101 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes ESTROSI SASSONE, EUSTACHE-BRINIO et CHAIN-LARCHÉ, MM. SAVARY et DAUBRESSE, Mme DUMAS, MM. CALVET, CHARON, LEFÈVRE, DUFAUT, CHATILLON, DANESI et BAZIN, Mmes DEROMEDI et GARRIAUD-MAYLAM, MM. PANUNZI, SAVIN et REVET, Mme Laure DARCOS, MM. DARNAUD et MORISSET, Mme MORHET-RICHAUD, MM. LONGUET, BABARY et GINESTA, Mme MALET, MM. PERRIN, RAISON, GENEST, PONIATOWSKI, KAROUTCHI, MEURANT, MOUILLER et BONNE, Mme CHAUVIN, MM. Bernard FOURNIER, MANDELLI, PIERRE, SIDO, de NICOLAY, de LEGGE et RAPIN, Mme DI FOLCO, MM. GUENÉ, BOULOUX et LAMÉNIE, Mme de CIDRAC et MM. Jean-Marc BOYER, DUPLOMB, GREMILLET et SEGOUIN

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7 BIS

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sauf en cas d'indication contraire du médecin, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice peut prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux concernés. »

OBJET

La Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé de la Haute Autorité de Santé a indiqué dans un avis du 15 janvier 2019 qu'une extension de la prescription des tire-laits aux infirmières puéricultrices pourrait être envisagée dans la mesure où elles participent à l'accompagnement à l'allaitement (l'article R. 4311-13 du code de la santé publique précise que l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice dispense en priorité les actes de surveillance du régime alimentaire du nourrisson).

Le diplôme d'État de puéricultrice est délivré aux titulaires d'un diplôme d'infirmier ou de sage-femme qui ont validé une formation spécifique (art. D.4311-49 CSP) mais actuellement, seules les sages-femmes ont l'autorisation de prescrire des tire-laits (arrêté du 27 juin 2006).

Cet amendement vise également à promouvoir l'allaitement maternel en France pour les femmes qui le souhaitent alors que cette pratique a tendance à diminuer. Pourtant, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande un allaitement exclusif jusqu'aux six mois de l'enfant pour son développement et met en lumière les bienfaits de santé pour les mères de nombreuses études médicales internationales.

Le Gouvernement, après consultation des ordres, définira précisément les dispositifs concernés dans le cadre d'un arrêté ministériel.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	308 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7 BIS

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sauf en cas d'indication contraire du médecin, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice peut prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux concernés. »

OBJET

La Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé de la Haute Autorité de Santé a indiqué, dans son avis du 15 janvier 2019, qu'une extension de la prescription des tire-laits aux infirmières puéricultrices pourrait être envisagée dans la mesure où elles participent déjà à l'accompagnement à l'allaitement.

Le diplôme d'État de puéricultrice est délivré aux titulaires d'un diplôme d'infirmier ou de sagefemme qui ont validé une formation spécifique. Aujourd'hui parmi eux, seules les sages-femmes ont l'autorisation de prescrire des tire-laits.

Cet amendement propose donc d'inscrire la possibilité de prescription dans le code de la santé publique aux infirmières puéricultrices.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	176
----------------	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

M. KAROUTCHI, Mme BORIES, MM. BRISSON, CALVET, CHAIZE, CHARON, CHATILLON, CUYPERS, DALLIER, DANESI, DARNAUD, DAUBRESSE et de LEGGE, Mmes DEROMEDI, DURANTON, EUSTACHE-BRINIO, GARRIAUD-MAYLAM et GRUNY, MM. KENNEL et LAMÉNIE, Mme LAVARDE, M. LEFÈVRE, Mme Marie MERCIER, MM. PIERRE, REVET, SIDO, VASPART et VOGEL, Mme RAMOND, M. DUPLOMB et Mme DUMAS

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 BIS

Après l'article 7 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au huitième alinéa, les mots : « , dont les actes médicaux prescrits par un médecin, » sont supprimés ;

2° Les deux derniers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Un compte-rendu des actes accomplis par le masseur-kinésithérapeute est adressé mensuellement au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé. Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire les substituts nicotiques, les dispositifs médicaux et les actes d'imagerie médicale nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces dispositifs médicaux et de ces actes d'imagerie médicale est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine. »

OBJET

Cet amendement vise à permettre la consultation d'un masseur-kinésithérapeute en première intention sans avoir besoin d'une prescription médicale. Ce dernier pourra, suite à cette première consultation, soit prendre en charge le patient, soit le réorienter vers son médecin traitant. Cela permettra de mieux traiter la petite traumatologie (entorses, lumbago, etc.) et d'être plus efficace dans la prise en charge.

Le corollaire de cet accès direct est double :

- une obligation de compte-rendu mensuel du masseur-kinésithérapeute au médecin traitant afin de permettre un contrôle efficace ;
- un droit à la prescription d'actes d'imagerie médicale pour le masseur-kinésithérapeute.

Les bénéfices de l'adoption d'un tel amendement seront multiples : rapidité d'accès aux soins et de traitement ; diminution de la prise d'antalgiques ; diminution du nombre d'examens complémentaires ; gain financier important pour la sécurité sociale (économies de prescriptions médicamenteuses et de consultations inutiles) ; désengorgement des urgences et des cabinets de médecine généraliste.

Précisons que la prescription de substituts nicotiques est déjà prévue par la législation ; il s'agit ici de la reformuler dans la nouvelle rédaction du dernier alinéa de l'article L. 4321-1 du code de santé publique.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	60 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et
MM. LAMÉNIE et PONIATOWSKI

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 BIS

Après l'article 7 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du neuvième alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Le masseur-kinésithérapeute pratique son art notamment sur prescription médicale. Il peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie dans des conditions définies par décret. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est supprimée ;

b) La deuxième phrase est ainsi rédigée : « Un compte-rendu des soins ayant été réalisés par le masseur-kinésithérapeute, adressé au médecin traitant, est reporté dans le dossier médical partagé. »

OBJET

Le présent amendement vise à améliorer l'accès aux soins pour les patients sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de permettre aux patients les plus fragiles notamment (personnes âgées, handicapées ou atteinte d'une affection de longue durée) de pouvoir bénéficier de séances de masso-kinésithérapie dans des zones caractérisées par une carence ou une insuffisance de l'offre de soins. En palliant le manque de médecins habilités à prescrire des actes de masso-kinésithérapie dans certaines zones sous-dotées du territoire, cette mesure vise à remédier à une rupture d'égalité manifeste dans l'accès aux soins.

En effet, de nombreux patients se trouvent dans une situation de rupture d'égalité du fait de l'absence de prescripteurs pouvant conduire à un défaut de prise en charge préjudiciable pour leur santé.

Cette rupture d'égalité se traduit également par la possibilité offerte à certains d'entre-eux d'accéder directement à d'autres professionnels exerçant dans le champ de la santé et partageant des actes avec les masseurs-kinésithérapeutes : ostéopathes et chiropracteurs.

Les difficultés d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes sont notamment dues au manque de prescripteurs et à une situation paradoxale : alors que des professions dont les actes sont prescrits sont soumises à des mesures de contrôle géographique, la profession prescriptrice – les médecins – ne sont soumis à aucune forme de régulation. Ainsi, dans les zones sous-dotées, il est plus difficile d'avoir accès à un médecin pour une consultation qui donnera lieu à une prescription de masso-kinésithérapie ou à son renouvellement qu'à un professionnel paramédical. Le paradoxe ne se pose pas pour les ostéopathes et les chiropracteurs auxquels les patients ont un accès direct pour recevoir des actes de masso-kinésithérapie.

L'accès direct aux soins en kinésithérapie permettrait d'apporter une réponse à ces situations difficiles et cette rupture d'égalité pour les patients.

L'accès direct se justifierait d'autant plus qu'il est permis dans les cas d'urgence et que le nouveau référentiel de formation des masseurs-kinésithérapeutes prépare les praticiens à une telle prise en charge. Certains travaux en amont de la stratégie pour la transformation du système de santé et du présent projet de loi ont d'ailleurs exploré cette possibilité.

Le rapport de Thomas Mesnier, député de Charente, « Assurer le premier accès aux soins » et remis le 22 mai 2018 à la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, proposait notamment de reconnaître l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pour certains actes, par exemple le traitement des entorses, afin de libérer du temps médical.

De même, le rapport sur l'accès territorial aux soins remis le lundi 15 octobre à Agnès Buzyn, par les délégués Sophie Augros, médecin généraliste, Thomas Mesnier, député de Charente, et Élisabeth Doineau, sénatrice de la Mayenne et vice-présidente de la commission des affaires sociales, évoquait la possibilité de « permettre l'accès direct aux kinésithérapeutes pour la rééducation d'une entorse de la cheville, ou pour la prise en charge de la lombalgie aiguë, dans le cadre de structures d'exercice coordonné ».

Le masseurs-kinésithérapeute aura ainsi la charge de poser un premier diagnostic, comme le leur permet leur formation de professionnel de santé, et pourra au besoin orienter le patient vers un médecin. Comme à son habitude, le professionnel réalisera un bilan kinésithérapique qui sera versé au dossier médical partagé du patient et transmis à son médecin traitant et aux autres membres de l'équipe de soins.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	432
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CAPUS, MALHURET, GUERRIAU et DECOOL, Mme MÉLOT et MM. LAGOURGUE et
FOUCHÉ

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 BIS

Après l'article 7 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du neuvième alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Le masseur-kinésithérapeute pratique son art notamment sur prescription médicale. Il peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie dans des conditions définies par décret. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est supprimée ;

b) La deuxième phrase est ainsi rédigée : « Un compte-rendu des soins ayant été réalisés par le masseur-kinésithérapeute, adressé au médecin traitant, est reporté dans le dossier médical partagé. »

OBJET

Cet amendement vise à améliorer l'accès aux soins pour les patients sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de permettre aux patients les plus fragiles notamment (personnes âgées, handicapées ou atteinte d'une affection de longue durée) de pouvoir bénéficier de séances de masso-kinésithérapie dans des zones caractérisées par une carence ou une insuffisance de l'offre de soins. En palliant le manque de médecins habilités à prescrire des actes de masso-kinésithérapie dans certaines zones sous-dotées du territoire, cette mesure vise à remédier à une rupture d'égalité manifeste dans l'accès aux soins.

En effet, de nombreux patients se trouvent dans une situation de rupture d'égalité du fait de l'absence de prescripteurs pouvant conduire à un défaut de prise en charge préjudiciable pour leur santé.

Cette rupture d'égalité se traduit également par la possibilité offerte à certains d'entre-eux d'accéder directement à d'autres professionnels exerçant dans le champ de la santé et partageant des actes avec les masseurs-kinésithérapeutes : ostéopathes et chiropracteurs.

Les difficultés d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes sont notamment dues au manque de prescripteurs et à une situation paradoxale : alors que des professions dont les actes sont prescrits sont soumises à des mesures de contrôle géographique, la profession prescriptrice – les médecins – ne sont soumis à aucune forme de régulation. Ainsi, dans les zones sous-dotées, il est plus difficile d'avoir accès à un médecin pour une consultation qui donnera lieu à une prescription de masso-kinésithérapie ou à son renouvellement qu'à un professionnel paramédical. Le paradoxe ne se pose pas pour les ostéopathes et les chiropracteurs auxquels les patients ont un accès direct pour recevoir des actes de masso-kinésithérapie.

L'accès direct aux soins en kinésithérapie permettrait d'apporter une réponse à ces situations difficiles et cette rupture d'égalité pour les patients.

L'accès direct se justifierait d'autant plus qu'il est permis dans les cas d'urgence et que le nouveau référentiel de formation des masseurs-kinésithérapeutes prépare les praticiens à une telle prise en charge. Certains travaux en amont de la stratégie pour la transformation du système de santé et du présent projet de loi ont d'ailleurs exploré cette possibilité.

Le rapport de M. Thomas Mesnier, député de Charente, « Assurer le premier accès aux soins » et remis le 22 mai 2018 à la ministre des solidarités et de la santé, Mme Agnès Buzyn, proposait notamment de reconnaître l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pour certains actes, par exemple le traitement des entorses, afin de libérer du temps médical.

De même, le rapport sur l'accès territorial aux soins remis le lundi 15 octobre à Mme Agnès Buzyn, par les délégués Mme Sophie Augros, médecin généraliste, M. Thomas Mesnier, député de Charente, et Mme Élisabeth Doineau, sénatrice de la Mayenne et vice-présidente de la commission des affaires sociales, évoquait la possibilité de « permettre l'accès direct aux kinésithérapeutes pour la rééducation d'une entorse de la cheville, ou pour la prise en charge de la lombalgie aiguë, dans le cadre de structures d'exercice coordonné ».

Le masséur-kinésithérapeute aura ainsi la charge de poser un premier diagnostic, comme le leur permet leur formation de professionnel de santé, et pourra au besoin orienter le patient vers un médecin. Comme à son habitude, le professionnel réalisera un bilan kinésithérapique qui sera versé au dossier médical partagé du patient et transmis à son médecin traitant et aux autres membres de l'équipe de soins.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	606 rect.
----------------	--------------

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. de LEGGE, PAUL, LEFÈVRE et DANESI, Mme LASSARADE, MM. de NICOLAY,
COURTIAL, REVET et BIZET, Mme MORHET-RICHAUD, MM. RAISON et PERRIN, Mme LOPEZ
et M. DAUBRESSE

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 BIS

Après l'article 7 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du neuvième alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Le masseur-kinésithérapeute pratique son art notamment sur prescription médicale. Il peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie dans des conditions définies par décret. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est supprimée ;

b) La deuxième phrase est ainsi rédigée : « Un compte-rendu des soins ayant été réalisés par le masseur-kinésithérapeute, adressé au médecin traitant, est reporté dans le dossier médical partagé. »

OBJET

Le présent amendement vise à améliorer l'accès aux soins pour les patients sur l'ensemble du territoire. Il s'agit de permettre aux patients les plus fragiles notamment (personnes âgées, handicapées, ou atteintes d'une affection de longue durée) de pouvoir bénéficier de séances de masso-kinésithérapie dans des zones caractérisées par une carence ou une insuffisance de l'offre de soins. En palliant le manque de médecins habilités à prescrire des actes de masso-kinésithérapie dans certaines zones sous-dotées du territoire, cette mesure vise à remédier à une rupture d'égalité manifeste dans l'accès aux soins.

En effet, de nombreux patients se trouvent dans une situation de rupture d'égalité du fait de l'absence de prescripteurs pouvant conduire à un défaut de prise en charge préjudiciable pour leur santé.

Cette rupture d'égalité se traduit également par la possibilité offerte à certains d'entre-eux d'accéder directement à d'autres professionnels exerçant dans le champ de la santé et partageant des actes avec les masseurs-kinésithérapeutes: ostéopathes et chiropracteurs.

Les difficultés d'accès aux masseurs-kinésithérapeutes sont notamment dues au manque de prescripteurs et à une situation paradoxale: alors que des professions dont les actes sont prescrits sont soumises à des mesures de contrôle géographique, la profession prescriptrice- les médecins- ne sont soumis à aucune forme de régulation. Ainsi, dans les zones sous-dotées, il est plus difficile d'avoir accès à un médecin pour une consultation qui donnerait lieu à une prescription de masso-kinésithérapie ou à son renouvellement, qu'à un professionnel paramédical. Le paradoxe ne se pose pas pour les ostéopathes et les chiropracteurs auxquels les patients ont un accès direct pour recevoir des actes de masso-kinésithérapie.

L'accès direct aux soins en kinésithérapie permettrait d'apporter une réponse à ces situations difficiles et cette rupture d'égalité pour les patients. L'accès direct se justifierait d'autant plus qu'il est permis dans les cas d'urgence, et que le nouveau référentiel de formation des masseurs-kinésithérapeutes prépare les praticiens à une telle prise en charge.

Le rapport Mesnier du 22 mai 2018, ainsi que le rapport sur « l'accès territorial aux soins » du 15 octobre 2018, remis à la ministre de la Santé, proposaient notamment de reconnaître l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pour certains actes, comme le traitement des entorses, afin de libérer du temps médical.

Le masseur-kinésithérapeute aura ainsi la charge de poser un premier diagnostic, comme le leur permet leur formation de professionnel de santé, et pourra au besoin orienter le patient vers un médecin. Comme à son habitude, le professionnel réalisera un bilan kinésithérapique qui sera versé au dossier médical du patient et transmis à son médecin traitant et aux autres membres de l'équipe de soins.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	61 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et M. LAMÉNIE

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 BIS

Après l'article 7 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Aux deuxième et dernière phrases du neuvième alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, les mots : « dispositifs médicaux » sont remplacés par les mots : « produits de santé ».

OBJET

Le présent amendement vise à mettre en cohérence la terminologie employée avec la possibilité offerte aux masseurs-kinésithérapeutes de prescrire des substituts nicotiques qui ne sont en l'occurrence pas des dispositifs médicaux mais des médicaments à base de nicotine appartenant au champ plus large des produits de santé.

Cet amendement a également pour objet de faciliter l'accès des patients aux soins en élargissant le périmètre du droit de prescription du masseur-kinésithérapeute aux produits de santé nonobstant le fait qu'il doit s'agir de produits de santé nécessaires à l'exercice de la profession.

En effet, un droit de prescription élargi aux produits de santé permettrait de libérer du temps médical, d'éviter certains déplacements superflus et d'améliorer l'efficacité de l'équipe de soins du fait de la fréquence des contacts avec le patient. En outre, ce droit de prescription élargi existe d'ores et déjà dans d'autres États européens et les pays anglo-saxons comme le Royaume-Uni.

Une telle mesure serait cohérente avec l'évolution de la profession, de son niveau de formation et de ses responsabilités dans l'équipe de soins : les masseurs-kinésithérapeutes sont des professionnels de santé indépendants, autonomes, libres du choix des actes et des techniques dans le cadre de la dispensation de soins. Ils établissent eux-mêmes le protocole à suivre et n'interviennent pas sous la direction d'un médecin. Ils sont également habilités à adapter une prescription médicale d'actes de masso-kinésithérapie

dans le cadre d'un renouvellement depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Enfin, les masseurs-kinésithérapeutes disposent d'un haut niveau de formation initiale puisque, depuis la réingénierie de leur formation en 2015, ils sont diplômés après 5 années d'études supérieures et 300 ECTS leurs sont conférées.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	68 rect. quater
----	-----------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme MICOULEAU, MM. BABARY et BASCHER, Mmes Anne-Marie BERTRAND et BONFANTI-DOSSAT, M. BRISSON, Mme CANAYER, MM. CHATILLON, CUYPERS et DANESI, Mmes DELMONT-KOROPOULIS et ESTROSI SASSONE, MM. GREMILLET, GUERRIAU, HOUPERT et LAMÉNIE, Mme LAMURE, M. LEFÈVRE, Mme LHERBIER et MM. MANDELLI, MEURANT, MORISSET, PONIATOWSKI, RAPIN et SIDO

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 BIS

Après l'article 7 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le septième alinéa de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est complété par une phrase ainsi rédigée : « Tout praticien ainsi inscrit qui n'a pas lui-même la qualité de médecin peut, quel que soit le lieu de sa résidence professionnelle, prodiguer les actes prévus au précédent alinéa dans une ou plusieurs zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sauf opposition expresse du conseil départemental de l'ordre des médecins de la zone concernée formée dans les deux mois suivant sa saisine par le praticien. »

OBJET

Cet amendement a pour objet de sécuriser les interventions des ostéopathes dans les zones sous-denses lorsqu'ils n'y ont pas leur résidence professionnelle.

La seule référence pertinente en une telle occurrence est actuellement le code de déontologie de l'ostéopathie tel que commenté par le SFDO et qui subordonne l'exercice forain de l'ostéopathie ou son exercice sur plusieurs sites à l'exigence que « les besoins de la population le justifient ».

Aussi honorable soit cette publication, elle ne confère évidemment pas à cette possibilité pour un ostéopathe ou chiropracteur d'apporter son concours à des zones sous-denses la même portée que celle que peut lui conférer la loi. L'intervention sécurisante de celle-ci semble d'autant plus nécessaire que c'est à ce niveau (article 75 de la loi du 4 mars 2002)

qu'est fixée l'exigence pour un ostéopathe ou chiropracteur d'être inscrit sur une liste dressée par le directeur général de l'ARS de sa résidence professionnelle.

Par ailleurs, le concept de « besoins de la population », même s'il peut dans une large mesure justifier des interventions en zones sous-denses, n'est pas tout à fait le même que celui utilisé par le législateur. Une harmonisation, par référence à la liste des zones sous-denses prévue par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, est donc fort souhaitable.

Enfin, et surtout, il est éminemment souhaitable que le praticien qui envisage d'apporter son renfort dans une zone sous-dense le fasse en liaison avec une structure ayant autorité pour lui confirmer que son initiative ne soulève pas de difficulté. Lorsqu'il a lui-même la qualité de médecin, il peut utiliser cette « casquette » pour saisir le conseil départemental de l'ordre des médecins (et, d'ailleurs, le code de la santé publique prévoit l'autorisation de ce dernier pour ouvrir un cabinet secondaire ou pour obtenir une dérogation à l'interdiction de principe de la médecine foraine).

En revanche, l'ostéopathe qui n'a pas la qualité de médecin ne sait pas à quelle porte frapper. Le présent amendement lui permet de s'adresser au conseil départemental de l'ordre des médecins... faute de conseil de l'ordre des ostéopathes.

La solution proposée n'est pas des plus orthodoxes, puisqu'elle revient à demander au conseil de l'ordre des médecins de se prononcer sur la demande d'un non-médecin, mais, elle l'état actuel du droit, aucune solution orthodoxe ne permet de sécuriser les initiatives des ostéopathes. Seule la création d'un conseil de l'ordre des ostéopathes permettrait de remédier à cet angle mort de notre législation.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	485
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 7 TER A

Supprimer cet article.

OBJET

L'un des objectifs de la réforme « *Ma Santé 2022* » est de favoriser les coopérations interprofessionnelles, notamment de remettre la pluri-professionnalité au cœur de l'exercice de ville avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en y associant notamment les médecins, les pharmaciens et les infirmiers.

Les missions attribuées aux CPTS ciblent l'optimisation de la pertinence des parcours de soins en coordonnant les exercices de ces professionnels de santé. Les équipes de soins primaires travaillant au sein des CPTS permettront d'organiser, de manière claire, la coordination clinique de proximité, notamment pour les personnes âgées et les personnes dites fragiles, selon une configuration et l'organisation souhaitée par l'équipe elle-même.

C'est assurément à l'équipe de soins que les patients devront de plus en plus se référer et vers laquelle nos politiques doivent inciter à s'adresser.

La rédaction de l'article est dès lors contradictoire avec cet objectif, elle ajoute à la confusion au regard de la multiplication des dénominations de « *référénts* » qui pourrait avoir une incidence contraire à l'objectif en rendant le parcours de soins moins lisible pour les patients.

De plus, la création d'un infirmier référent pourrait introduire une ambiguïté supplémentaire autour de la notion et du nouveau champ de compétence dévolu à l'infirmier en pratique avancée.

Cet amendement a donc pour objectif de ne pas introduire dans le code de la santé la notion de référent dans la désignation de l'infirmier ou l'infirmière lors de la prise en charge du patient dans un parcours coordonné.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	598
----------------	-----

28 MAI 2019

AMENDEMENT

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 TER A

Après l'article 7 ter A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la section 5 du chapitre II du titre I^{er} du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, est insérée une section ainsi rédigée :

« Section ...

« Dispositions diverses

« Art. L. 4312-.... – Les infirmiers exerçant en commun leur activité et percevant, à ce titre, une rémunération forfaitaire par patient ne sont pas soumis à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du présent code.

« Ces professionnels ne sont pas réputés pratiquer le compérage au sens du présent code du seul fait de l'exercice en commun de leur activité et du partage d'honoraires réalisé dans ce cadre compte tenu de la perception d'une rémunération forfaitaire par patient. »

OBJET

L'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'assurance maladie signé le 29 mars dernier entre l'UNCAM et deux organisations syndicales représentatives de la profession réforme la tarification des soins infirmiers réalisés à domicile auprès des patients dépendants. En effet, ces soins ne seront plus facturés à l'acte par chaque infirmier amené à intervenir auprès du patient (en AIS 3 facturé à chaque passage) mais seront facturés progressivement sous la forme de forfaits journaliers à compter du 1^{er} janvier 2020. Ce forfait journalier regroupe l'ensemble des interventions réalisées auprès du patient dépendant dans la journée. Compte tenu de la forfaitisation, il ne peut être facturé que par un seul infirmier au titre d'un patient dépendant donné.

Or, l'obligation déontologique de continuité des soins édictée par l'article R.4312-12 du code de la santé publique rend quasiment incontournable l'exercice en commun de la profession d'infirmier dans le cadre d'un exercice libéral. Ainsi, en pratique et de manière courante, plusieurs infirmiers sont amenés à intervenir dans la journée auprès d'un même patient (partage des « tournées » à domicile entre les différents infirmiers du cabinet ou de plusieurs cabinets).

Dans le cadre de la nouvelle tarification, un seul infirmier sera amené à facturer, en tant qu'exécutant, le forfait journalier (et ce, quel que soit le nombre d'infirmiers ayant réalisé des interventions auprès du patient dans la journée). De fait, l'infirmier ayant facturé le forfait sera amené à rétrocéder des honoraires ou à les partager avec les autres infirmiers ayant le cas échéant effectué des soins dans la journée auprès du même patient.

Cet amendement a ainsi pour objet d'éviter que la rétrocession d'honoraires opérée entre infirmiers dans ce cadre et liée à la mise en place de nouveaux forfaits journaliers de prise en charge de la dépendance relève systématiquement de la qualification de compérage et de l'interdiction du partage d'honoraires. Elle n'a toutefois pas pour objet de faire échapper les infirmiers à ces dispositions déontologiques qui leur sont applicables en général dans leur exercice. À noter que la rédaction de la proposition de modification s'inspire très largement des dispositions introduites à l'article L.4043-1 du code de la santé publique concernant l'exercice en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	802
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 7 QUATER

Alinéa 6

Remplacer cet alinéa par quatre alinéas ainsi rédigés :

I bis.- L'article L. 5521-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au second alinéa, la référence : « L. 5125-1 » est remplacée par la référence : « L. 5125-1-1 » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les articles L. 5125-1 et L. 5125-1-1 A sont applicables dans le territoire de Wallis et Futuna dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. »

OBJET

Amendement rédactionnel



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	803
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 7 QUINQUIES

Alinéa 3

Remplacer la référence :

L. 6323-1-10

par la référence :

L. 6323-1

OBJET

Correction d'une erreur de renvoi



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	457 rect.
----------------	--------------

2 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. CANEVET, Mmes BILLON et FÉRAT et MM. JEANSANNETAS et MOGA

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 7 QUINQUIES

I. – Alinéa 3

Après la référence :

L. 6323-3,

insérer les mots :

pour une durée de trois ans, à titre expérimental, et dans deux régions déterminées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale,

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement et, au terme de l'expérimentation, remis au Parlement.

OBJET

Favorable à la coopération entre médecins et pharmaciens, la dispensation sous protocole peut permettre un meilleur accès aux soins dans les zones en tension. Les médecins, les pharmaciens et les autres professionnels de santé sur un même territoire doivent pouvoir coopérer facilement, sans passer par des voies dérogatoires, et ce, afin de faciliter l'accès aux soins des patients.

Si de telles mesure sont déjà prises dans des pays, notamment Suisse et Canada, nos systèmes de santé sont bien différents. Il apparaît alors nécessaire d'ancrer cette dispensation sous protocole dans le cadre d'une expérimentation, avant sa généralisation, ou non, à l'ensemble du territoire selon un rapport remis au Parlement. C'est tout l'objet de cet amendement qui propose de réaliser cette dispensation sous protocole dans le cadre d'une expérimentation, qui permettra d'évaluer dans un rapport remis au Parlement l'efficience et l'impact d'une telle mesure sur les patients et sur notre système de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	393 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DINDAR, Catherine FOURNIER et
GUIDEZ et M. CAPO-CANELLAS

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 7 QUINQUIES

Alinéa 3

1^o Après le mot :

délivrer

insérer les mots :

pour certaines pathologies

2^o Supprimer les mots :

et sur la base de protocoles définis par celle-ci

OBJET

L'article 7 *quinquies* du projet de loi étend la compétence des pharmaciens en leur permettant, dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné, de délivrer des médicaments figurant sur une liste.

Il prévoit que cette liste de médicaments est fixée par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé et sur la base de protocoles définis par elle.

Toutefois, un même médicament peut s'appliquer à différentes pathologies.

Afin de sécuriser le nouveau dispositif dérogatoire mis en place, il paraît donc nécessaire que la liste fixée par arrêté précise également les pathologies auxquelles sont associés les médicaments pour lesquels la délivrance par les pharmaciens est autorisée.

Par ailleurs, les protocoles sont définis a priori par les professionnels de santé dans le cadre d'un exercice coordonné ; ils ne peuvent donc l'être par la Haute Autorité de santé qui est par ailleurs chargée de rendre un avis sur la liste des médicaments concernés par la dérogation.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	671 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme LAVARDE, MM. BONHOMME, SIDO et PIEDNOIR, Mmes DEROMEDI et VULLIEN,
M. LEFÈVRE, Mmes Laure DARCOS et GUIDEZ, MM. BRISSON et COURTIAL,
Mme MORHET-RICHAUD et MM. de NICOLAY, KAROUTCHI et CADIC

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 7 QUINQUIES

Après l'alinéa 3

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

«- À titre expérimental et par dérogation au 4^o de l'article L. 4211-1, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, la vente au détail des médicaments qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire est autorisée en dehors des établissements mentionnés à l'article L. 5125-1, à condition que la vente soit effectuée par une personne titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionnés aux articles L. 4221-2 à L. 4221-5.

« Les conditions de mise en œuvre du 11^o sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions d'évaluation des expérimentations en vue d'une éventuelle généralisation. » ;

OBJET

Le Premier ministre après avoir déclaré que « les conditions de la vente en ligne de médicament dans notre pays apparaissent trop restrictives » souhaite assouplir ces dernières afin de faciliter la vente sur le net. Or selon une étude menée en 2016, l'achat en ligne aurait un impact environnemental supérieur de 7 % à celui du commerce physique.

Dans la mesure où la vente au détail des médicaments qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire est déjà autorisée sur Internet, le présent amendement vise à autoriser la vente de ces médicaments à titre expérimental dans les établissements où une personne est titulaire d'un diplôme français d'Etat de docteur en pharmacie ou de pharmacien.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	211 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme BERTHET, MM. MOUILLER, PIERRE, SOL et PELLELAT, Mmes PUISSAT et NOËL,
M. MANDELLI, Mmes GRUNY et GARRIAUD-MAYLAM, M. Bernard FOURNIER,
Mmes BRUGUIÈRE, BONFANTI-DOSSAT, de CIDRAC et DEROUCHE, MM. DUPLOMB, Jean-Marc
BOYER, BONHOMME et LAMÉNIE, Mme LAMURE et M. SIDO

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 7 QUINQUIES

Après l'alinéa 5

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le 10°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Peuvent adresser un questionnaire visant au dépistage d'un éventuel risque
ostéoporotique chez les femmes de plus de 50 ans. »

OBJET

En janvier 2016, la DREES a pointé une surmortalité importante chez les personnes hospitalisées pour une fracture du col du fémur, principale conséquence de la fragilité osseuse des patients ostéoporotiques. Pourtant, une baisse de la prise en charge dans ce domaine depuis 2011 a été constatée, ce qui se caractérise par une hausse des hospitalisations pour fracture ainsi qu'une baisse du nombre d'ostéodensitométries réalisées.

Aussi, cet amendement propose, dans le cadre de l'amélioration des parcours de soins pour l'ostéoporose présenté dans Ma Santé 2022 et des nouvelles missions du pharmacien d'officine, de permettre à ce dernier de proposer un questionnaire de dépistage de l'ostéoporose aux femmes de plus de 50 ans, particulièrement exposées à ce risque.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	493 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

MM. CHASSEING, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE et Alain MARC, Mme MÉLOT,
MM. MENONVILLE, WATTEBLED et BONNE, Mmes DEROMEDI et NOËL, MM. de LEGGE,
BOULOUX, NOUGEIN, LONGEOT, MANDELLI, LAMÉНИЕ et BONHOMME et
Mme RENAUD-GARABEDIAN

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 QUINQUIES

Après l'article 7 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le neuvième alinéa de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, sont
insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° Peuvent sans protocole avec le médecin traitant, contrôler la tension artérielle ;

« ...° Peuvent délivrer un médicament monodose pour une cystite et pratiquer
préalablement un examen cyto bactériologique des urines. Ils doivent communiquer les
résultats au médecin traitant et l'inscrire dans le dossier médical partagé ; »**OBJET**Cet amendement vise à développer les compétences des pharmaciens en leur autorisant
à contrôler la tension artérielle, ainsi qu'à délivrer un médicament pour une cystite, et
pratiquer préalablement un examen cyto bactériologique des urines (ECBU).Les pharmaciens devront communiquer les résultats au médecin traitant et l'inscrire dans
le dossier médical partagé du patient.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	367 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX, VALL et HUSSON

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 QUINQUIES

Après l'article 7 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Les pharmaciens d'officine, en application de l'article L. 4211-1. »

OBJET

Cet amendement vise à modifier la liste des professionnels de santé autorisés à prescrire les substituts nicotiques pour y inclure les pharmaciens d'officine, afin de renforcer la lutte contre le tabagisme.

Il est essentiel d'associer ces professionnels de santé au parcours d'aide au sevrage tabagique.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	436 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mmes BERTHET, IMBERT et LASSARADE, MM. SAURY, SAVARY, SOL, VOGEL et BRISSON,
Mmes DEROMEDI et GRUNY, M. LEFÈVRE, Mmes MORHET-RICHAUD et NOËL,
M. PELLELAT, Mme PUISSAT, MM. MANDELLI, BOULOUX, BONHOMME et REVET,
Mmes DEROCHÉ et LAMURE et MM. LAMÉNIÉ et SIDO

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 QUINQUIES

Après l'article 7 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les pharmaciens d'officine, en application de l'article L. 4211-1. »

OBJET

La lutte contre le tabagisme a été renforcée par les pouvoirs publics depuis plusieurs années.

En France, plus de 13 millions de personnes fument mais plus de la moitié de celles-ci souhaitent arrêter. Aussi, il nous semble essentiel que l'ensemble des professionnels de santé, y compris les pharmaciens d'officine, soit associé et renforce la politique de prévention, de dépistage et de lutte contre le tabagisme menée par le Gouvernement.

Par ailleurs, la convention pharmaceutique prévoit de travailler avec les syndicats de pharmaciens d'officine pour définir un dispositif de lutte contre le tabagisme.

Il faut parfois attendre plusieurs jours pour avoir un rendez-vous et obtenir l'ordonnance ; pour rencontrer un médecin tabacologue, les délais de rendez-vous sont même de trois ou quatre semaines. Ceci peut freiner les patients dans leur volonté d'arrêter de fumer.

Aussi, afin de répondre efficacement et rapidement à la décision du patient, le pharmacien d'officine doit pouvoir être à l'initiation d'un traitement de substituts nicotiques pris en charge par l'Assurance maladie.

Dans le cadre de cette stratégie conventionnelle de prévention, le pharmacien d'officine accompagnera le patient pendant toute sa période de sevrage tabagique par la mise en place d'entretiens motivationnels, un accompagnement médical n'étant pas indispensable pour arrêter de fumer.

La loi 2000-1209 du 13 décembre 2000 prévoit déjà un mécanisme de prise en charge de la contraception d'urgence dispensée par les pharmacies d'officine. Afin de soutenir la politique de prévention menée par le Gouvernement, un mécanisme similaire pourrait être envisagé, dans le cadre conventionnel, pour les traitements de substituts nicotiques et l'accompagnement du patient par le pharmacien d'officine.

En outre, cette autorisation de prescrire des substituts nicotiques est déjà ouverte pour les dentistes, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes mais pas pour les pharmaciens, alors même qu'ils se trouvent régulièrement en lien avec ces patients dans le cadre de pathologies associées ou autres. De plus, leur consommation ne se fera, étant donné leur nature, que selon leur strict besoin.

Le tabac a fait 75.000 morts en France en 2015, ce qui représente plus d'un décès sur huit, selon les derniers chiffres officiels publiés le 28 mai 2019. Il serait regrettable de se priver de cette chance pour le patient de se faire prescrire des substituts nicotiques lors d'entretiens avec son pharmacien.

Il paraît naturel de laisser la possibilité au pharmacien d'officine de prescrire des substituts nicotiques afin d'améliorer les taux de morbidité et de mortalité des personnes accoutumées. Tel est l'objet de cet amendement.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	504 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE et Alain MARC, Mme MÉLOT
et MM. MENONVILLE, WATTEBLED, BONNE et NOUGEIN

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 QUINQUIES

Après l'article 7 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les pharmaciens d'officine, en application de l'article L. 4211-1. »

OBJET

La lutte contre le tabagisme a été renforcée par les pouvoirs publics depuis plusieurs années.

En France, plus de 13 millions de personnes fument mais plus de la moitié souhaite arrêter. Aussi, il nous semble essentiel que l'ensemble des professionnels de santé, y compris les pharmaciens d'officine, soit associé et renforce la politique de prévention, de dépistage et de lutte contre le tabagisme menée par le Gouvernement.

La convention pharmaceutique prévoit de travailler avec les syndicats de pharmaciens d'officine pour définir un dispositif de lutte contre le tabagisme.

Afin de répondre efficacement et rapidement à la décision du patient, le pharmacien d'officine doit pouvoir être grâce à un arbre décisionnel à l'initiation d'un traitement de substituts nicotiques pris en charge par l'Assurance maladie.

Dans le cadre de cette stratégie conventionnelle de prévention, le pharmacien d'officine accompagnera le patient pendant toute sa période de sevrage tabagique par la mise en place d'entretiens motivationnels.

La loi 2000-1209 du 13 décembre 2000 prévoit déjà un mécanisme de prise en charge de la contraception d'urgence dispensée par les pharmacies d'officine. Afin de soutenir la politique de Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

prévention menée par le Gouvernement, un mécanisme similaire pourrait être envisagé, dans le cadre conventionnel, pour les traitements de substituts nicotiques et l'accompagnement du patient par le pharmacien d'officine.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	163 rect.
----------------	--------------

2 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. DÉRIOT, Mme IMBERT, MM. MILON, GILLES et MORISSET, Mme DEROMEDI,
M. BONHOMME, Mme LASSARADE, MM. REVET, SAVARY, MOUILLER, CUYPERS,
MANDELLI et PONIATOWSKI, Mme DESEYNE, MM. CHARON et BOULOUX et Mme DEROUCHE

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 QUINQUIES

Après l'article 7 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, après les mots : « biologie médicale », sont insérés les mots : « ainsi que pour certains actes d'anatomie et cytologie pathologique, dans les conditions déterminées par un décret pris en Conseil d'État ».

OBJET

3000 nouveaux cas et 1000 décès liés au cancer du col de l'utérus sont dénombrés chaque année en France. 40% des femmes ciblées par les recommandations ne réalisent pas assez régulièrement de frottis de dépistage selon l'Inca.

A l'heure actuelle, et conformément à l'article L. 6211-1 du code de la santé publique, les prélèvements d'anatomo-cytopathologie, bien que cotés à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), restent de la compétence des médecins.

Ainsi, si les biologistes médicaux pharmaciens sont formés et réalisent quotidiennement des prélèvements vaginaux en vue d'examens cytologiques, bactériologiques ou virologiques, ils sont contraints de renvoyer les patientes vers des médecins pour la réalisation de frottis cervico-vaginaux à des fins de dépistage du cancer du col de l'utérus, alors qu'il s'agit de la même technique de prélèvement.

Permettre aux biologistes médicaux pharmaciens, qui représentent 75% des biologistes médicaux, d'effectuer ce type de prélèvement faciliterait l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les pharmaciens biologistes médicaux pourraient réaliser uniquement le prélèvement et envoyer celui-ci au médecin anapath.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	242 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. SAURY, BONNECARRÈRE et HENNO, Mme FÉRAT, MM. LAFON, GUERRIAU, BRISSON,
CHASSEING, MOGA, Bernard FOURNIER, LONGEOT et LAMÉNIE et Mme KAUFFMANNARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 QUINQUIES

Après l'article 7 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, après les mots : « biologie médicale », sont insérés les mots : « ainsi que pour certains actes d'anatomie et cytologie pathologique, dans les conditions déterminées par un décret pris en Conseil d'État ».

OBJET

3000 nouveaux cas et 1000 décès liés au cancer du col de l'utérus sont dénombrés chaque année en France. 40% des femmes ciblées par les recommandations ne réalisent pas assez régulièrement de frottis de dépistage selon l'Inca.

A l'heure actuelle, et conformément à l'article L. 6211-1 du code de la santé publique, les prélèvements d'anatomo-cytopathologie, bien que cotés à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), restent de la compétence des médecins.

Ainsi, si les biologistes médicaux pharmaciens sont formés et réalisent quotidiennement des prélèvements vaginaux en vue d'examens cytologiques, bactériologiques ou virologiques, ils sont contraints de renvoyer les patientes vers des médecins pour la réalisation de frottis cervico-vaginaux à des fins de dépistage du cancer du col de l'utérus, alors qu'il s'agit de la même technique de prélèvement.

Permettre aux biologistes médicaux pharmaciens, qui représentent 75% des biologistes médicaux, d'effectuer ce type de prélèvement faciliterait l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les pharmaciens biologistes médicaux pourraient réaliser uniquement le prélèvement et envoyer celui-ci au médecin anapath.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, avis 515)

N°	426
----	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LONGEOT

au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 7 SEXIES A

Compléter cet article par trois alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 4151-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4151-4. Les sages-femmes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations strictement nécessaires à l'exercice de leur profession.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil national de l'ordre des sages-femmes, détermine les conditions d'application du présent article. »

OBJET

Les sages-femmes peuvent aujourd'hui prescrire les actes, produits et prestations sur des listes fixées par voie réglementaire. Ces listes pouvant devenir rapidement obsolètes exposent la patiente à une double consultation, d'abord chez la sage-femme, puis chez le médecin.

Le présent amendement vise à supprimer ces restrictions et ouvrir plus largement mais strictement, dans le champ de compétences des sages-femmes, leur droit de prescription, pour simplifier partout sur le territoire l'accès aux soins, tout en préservant la sécurité des soins. Cet amendement alignerait de surcroît le régime applicable aux sages-femmes sur celui d'autres professions médicales, comme les chirurgiens-dentistes, qui disposent dans leur champ de compétences, d'une pleine faculté de prescription.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	102 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Rejeté	

Mmes ESTROSI SASSONE, EUSTACHE-BRINIO et CHAIN-LARCHÉ, MM. SAVARY et DAUBRESSE, Mme DUMAS, MM. CALVET, CHARON, LEFÈVRE, DUFAUT, CHATILLON, DANESI et BAZIN, Mmes DEROMEDI et GARRIAUD-MAYLAM, MM. PANUNZI, SAVIN et REVET, Mme Laure DARCOS, MM. DARNAUD et MORISSET, Mme MORHET-RICHAUD, MM. LONGUET, BABARY et GINESTA, Mme MALET, MM. PERRIN, RAISON, GENEST, PONIATOWSKI, KAROUTCHI, MEURANT et MOUILLER, Mme CHAUVIN, MM. Bernard FOURNIER, MANDELLI, PIERRE, SIDO, de NICOLAY, CUYPERS, de LEGGE et RAPIN, Mme DI FOLCO, MM. GUENÉ et BOULOUX, Mme LAMURE, M. LAMÉNIÉ, Mmes RENAUD-GARABEDIAN et de CIDRAC et MM. Jean-Marc BOYER, DUPLOMB, GREMILLET et SEGOUIN

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES A

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 2 du chapitre 2 du titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale est complétée par une sous-section ainsi rédigée :

« Sous-section...

« Dispositions relatives aux sages-femmes

« Art. L. 162-12-.... - Dès la déclaration de grossesse, la femme enceinte peut déclarer une sage-femme libérale référente de son suivi, qu'elle a rencontrée au cours d'un entretien individuel au moins une fois, de préférence au début de la grossesse, lors d'une consultation, du bilan prénatal ou de l'entretien prénatal précoce. La patiente a la possibilité de déclarer la sage-femme référente ultérieurement tout au long de la grossesse.

« La sage-femme référente du suivi tient à jour un dossier médical complet avec tous les éléments du suivi, qui fait l'objet d'une synthèse, si nécessaire et après accord de la femme, pour le médecin traitant.

« La sage-femme a un rôle d'information, de prévention, de mise en œuvre d'un suivi médical pour le parcours de suivi de grossesse. Elle a également un rôle d'organisation, de coordination et de régulation. Elle oriente la femme enceinte vers d'autres professionnels

médico-psycho-sociaux si besoin, et prévoit avec la femme son retour à la maison après l'accouchement. »

OBJET

En 2011, la Cour des Comptes avait reconnu dans son rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale que les sages-femmes pourraient, au cours du parcours de soins, assurer un rôle plus important et être les professionnels de premier recours lors de la grossesse et pour le suivi comme c'est le cas dans d'autres pays avant la consultation médicale.

Les recommandations de la Cour tant d'un point de vue médical que budgétaire visaient deux objectifs, d'une part mieux articuler et valoriser les compétences des sages-femmes et d'autre part réorienter leur activité vers des actes à plus forte responsabilité notamment le suivi post-natal.

Avoir une sage-femme référente du suivi permettra donc :

- De renseigner et d'informer la patiente très tôt sur le déroulement de la grossesse ;
- D'organiser avec la patiente son suivi de grossesse : conseils ; prévention ; vaccination ; examens recommandés ; dépistage et orientation en adéquation avec les recommandations de l'Haute Autorité de Santé sur le suivi de grossesse ;
- D'organiser le projet de naissance et de l'appuyer auprès de la maternité ou du médecin-gynécologue ;
- De préparer le couple à la naissance de l'enfant et à la parentalité ;
- D'être disponible et à l'écoute en anténatal et en postnatal afin de diminuer les passages aux urgences gynécologiques, obstétricales et pédiatriques ;
- De réguler l'offre de soin sage-femme en organisant des relais notamment en période de vacances ;
- De rendre effectif le volet anténatal du Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) et d'organiser en amont les sorties de maternité, précoces ou non, des femmes et des nouveau-nés, en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Si la sage-femme ne pas remplacer le médecin référent, sa fonction permet de contribuer à l'offre de soins sur le territoire et de répondre à l'angoisse de certains parents notamment les premières semaines de l'enfant évitant de déclencher une consultation pédiatrique ou gynécologique qu'elle soit en ville ou en établissement hospitalier.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	665 rect. ter
----------------	---------------------

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI et COLLIN, Mme COSTES, M. DANTEC, Mme Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et VALL

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES A

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 2 du chapitre 2 du titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale est complétée par une sous-section ainsi rédigée :

« Sous-section...

« Dispositions relatives aux sages-femmes

« Art. L. 162-12-.... - Dès la déclaration de grossesse, la femme enceinte peut déclarer une sage-femme libérale référente de son suivi, qu'elle a rencontrée au cours d'un entretien individuel au moins une fois, de préférence au début de la grossesse, lors d'une consultation, du bilan prénatal ou de l'entretien prénatal précoce. La patiente a la possibilité de déclarer la sage-femme référente ultérieurement tout au long de la grossesse.

« La sage-femme référente du suivi tient à jour un dossier médical complet avec tous les éléments du suivi, qui fait l'objet d'une synthèse, si nécessaire et après accord de la femme, pour le médecin traitant.

« La sage-femme a un rôle d'information, de prévention, de mise en œuvre d'un suivi médical pour le parcours de suivi de grossesse. Elle a également un rôle d'organisation, de coordination et de régulation. Elle oriente la femme enceinte vers d'autres professionnels médico-psycho-sociaux si besoin, et prévoit avec la femme son retour à la maison après l'accouchement. »

OBJET

La sage-femme est le praticien de choix pour un suivi médical pertinent afin de proposer un accompagnement de la grossesse d'une femme, d'un couple, du projet de naissance et d'accueil de l'enfant, puis du retour à la maison. La grossesse est une période particulière qui permet aux femmes de se faire suivre régulièrement, et pour certaines, de réintégrer le parcours de soin quand celles-ci l'ont interrompu.

Avoir une sage-femme référente du suivi permettra :

- De renseigner la patiente très tôt sur le déroulement de la grossesse ;
- D'organiser avec la patiente son suivi de grossesse : conseils ; prévention ; vaccination ; examens recommandés ; dépistage et orientation (...) en adéquation avec les recommandations de l'HAS sur le suivi de grossesse ;
- D'apporter des informations de prévention ;
- De préparer le couple à la naissance de l'enfant et à la parentalité ;
- D'être disponible pour le couple et à l'écoute en anténatal et en postnatal afin de diminuer les passages aux urgences gynécologiques, obstétricales et pédiatriques ;
- De réguler l'offre de soin sage-femme en organisant des relais notamment en période de vacances ;
- De rendre effectif le volet anténatal du Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) et d'organiser en amont les sorties de maternité, précoces ou non, des femmes et des nouveau-nés, en adéquation avec les recommandations de l'HAS ;
- De favoriser et de valoriser le suivi semi-global.

Dès 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande « Le suivi des femmes avec une grossesse normale doit être assuré autant que possible par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne. Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne « référente » dans ce groupe facilite la coordination et l'organisation des soins et leur articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien ». De même, le pronostic materno-fœtal a été comparé pour le suivi systématique des grossesses à bas risque : aucune différence n'a été relevée, que le praticien soit un obstétricien, un gynécologue, une sage-femme ou un médecin généraliste (grade A).

En 2011, un rapport de la Cour des Comptes reconnaît que les sages-femmes peuvent assurer un suivi global, respectueux des usagers et de la physiologie, avec une médicalisation à bon escient et des prescriptions parcimonieuses (statistique UNCAM) tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement, du suivi postnatal et du suivi gynécologique.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	276 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES A

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au début du titre V du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre ... ainsi rédigé :

« Chapitre ...

« Participation des sages-femmes aux soins primaires

« Art. L. – La sage-femme participe à la prise en charge des soins primaires auprès des femmes et de leurs enfants. Les missions de la sage-femme sont notamment les suivantes :

« 1^o Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant la prévention, le dépistage et le diagnostic des pathologies ainsi que l'éducation pour la santé auprès des femmes et des enfants ;

« 2^o Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3^o Assurer la surveillance et la prise en charge d'une situation pathologique en collaboration avec le médecin ainsi que la coordination des soins nécessaires à ces patients ;

« 4^o S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

« 5^o Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

« 6^o Contribuer à l'accueil et à la formation des étudiants en formation.

« Ces missions peuvent aussi s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux.

« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale. »

OBJET

Les actions de dépistage, de prévention et de diagnostic de la pathologie positionnent la sage-femme comme praticien de 1^{er} recours en soins primaires pour la santé des femmes, au cœur du dispositif permettant à la patiente d'être au centre du parcours de santé.

Cette place dans le système de santé français nécessite d'être clairement identifiée dans la loi et de reconnaître la participation des sages-femmes dans les soins primaires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	733
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES A

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 2322-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2322-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 2322-1-... – La maison de naissance est une structure autonome, dirigée par des sages-femmes qui pratiquent l'accouchement de femmes enceintes à bas risque obstétrical dont elles ont assuré le suivi médical de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3.

« La maison de naissance conclut une convention avec un établissement de santé autorisé à l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, permettant un transfert rapide des parturientes ou des nouveau-nés en cas de nécessité.

« Les conditions d'ouverture et de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret en Conseil d'État avant le 1^{er} novembre 2020. »

OBJET

Cet amendement est proposé par le CALM.

Huit maisons de naissance ont été ouvertes suite à la loi du 6 décembre 2013 autorisant leur expérimentation et au décret du 30 juillet 2015 précisant les conditions de celle-ci. L'arrêté du 23 novembre 2015 a marqué le début de la période d'expérimentation de 5 ans. Ces maisons offrent un accompagnement des naissances plus personnalisé et plus

intime, dont les parents sont très satisfaits, grâce au suivi depuis le début de la grossesse jusqu'à la surveillance postnatale par les mêmes sages-femmes. Ces maisons n'accueillent que des femmes à bas risque obstétrical souhaitant accoucher naturellement. En cas de nécessité, les transferts de la mère ou du nouveau-né se font vers l'établissement de santé partenaire.

Les rapports d'évaluation réalisés à ce stade de l'expérimentation font déjà état de la grande satisfaction des parents, des sages-femmes et des équipes hospitalières partenaires des maisons de naissance et, également, de la sécurité et des bons résultats en termes de santé de ces structures.

Cet amendement vise donc à introduire, de manière pérenne, la définition des maisons de naissance, dans le code de la santé publique, et ce pour plusieurs raisons :

- Une telle offre de suivi permet aux professionnels de disposer de davantage de temps avec les futurs parents tout au long de la grossesse et au moment de l'accouchement (grâce au ratio une femme / une sage-femme), ce qui s'inscrit tout à fait dans la stratégie Ma santé 2022 mise en œuvre par le Gouvernement.

- La pratique des maisons de naissance est particulièrement économique et il a été démontré qu'une moindre médicalisation et le respect de l'intimité tendent à faciliter l'accouchement et à favoriser l'établissement du lien parent-enfant, avantages connus qui expliquent la prévalence de ce type de lieu de naissance dans de nombreux pays européens et notamment les pays scandinaves (40 % des accouchements y ont lieu en maison de naissance).

- La Commission nationale consultative des droits de l'homme a préconisé, dans son récent rapport « Agir contre les maltraitances dans le système de santé », l'institutionnalisation et la multiplication des maisons de naissance.

Enfin l'anticipation de la suite de l'expérimentation permet d'éviter le risque de rupture dans la prise en charge des parents qui seront accueillis durant l'année à venir.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	354 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme Maryse CARRÈRE, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND, CABANEL, CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme COSTES, MM. GABOUTY, GOLD et GUÉRINI, Mme GUILLOTIN, M. JEANSANNETAS, Mmes JOUVE et LABORDE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et VALL

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES A

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer les vaccinations de l'ensemble des adultes, à l'exception de la première injection, sans prescription médicale. Les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique. »

OBJET

Depuis 2008, les infirmiers vaccinent sans prescription médicale préalable les personnes fragiles contre la grippe, à l'exception de la primo-vaccination. Cette mesure de santé publique a ainsi permis la vaccination de près d'un million de personnes lors de la dernière campagne. Ainsi, ils ont les compétences acquises pour vacciner, il convient donc l'élargir la possibilité légale de vaccination par les infirmiers.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	99 rect. ter
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mmes ESTROSI SASSONE, EUSTACHE-BRINIO et CHAIN-LARCHÉ, MM. SAVARY, DAUBRESSE et CALVET, Mme DUMAS, MM. CHARON, LEFÈVRE, DUFAUT, CHATILLON, DANESI et BAZIN, Mmes PROCACCIA, DEROMEDI et GARRIAUD-MAYLAM, MM. PANUNZI, SAVIN et REVET, Mme Laure DARCOS, MM. DARNAUD, GENEST et MORISSET, Mme MORHET-RICHAUD, MM. LONGUET, BABARY, GINESTA, PONIATOWSKI, MEURANT et MOUILLER, Mme CHAUVIN, MM. Bernard FOURNIER, MANDELLI, PIERRE, SIDO, de NICOLAY, CUYPERS, de LEGGE et RAPIN, Mme DI FOLCO, MM. GUENÉ et BOULOUX, Mme LAMURE, M. LAMÉNIE, Mme de CIDRAC et MM. Jean-Marc BOYER, DUPLOMB, GREMILLET et SEGOUIN

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES A

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, les mots : « certaines vaccinations », sont remplacés par les mots : « les vaccinations de l'ensemble des adultes, à l'exception de la première injection ».

OBJET

Cet amendement vise à soulager les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez le médecin-traitant lors d'une consultation visant un rappel de vaccin à l'intention des adultes.

En effet, depuis 2008 les infirmiers vaccinent sans prescription médicale préalable les personnes fragiles contre la grippe, à l'exception de la primo-vaccination. Cette mesure de santé publique a ainsi permis de soutenir la politique de vaccinale.

Or, le décret d'application 2008-877 a été doublement restrictif en matière de vaccination par le personnel infirmier :

- d'une part, en limitant uniquement à la grippe, alors que les compétences sont les mêmes pour toute vaccination ;
- d'autre part, en limitant aux personnes âgées et aux malades chroniques.

Plutôt que de cloisonner la couverture vaccinale, il serait plus logique de l'ouvrir le plus largement possible afin que les adultes en bonne santé puissent être vaccinés par les infirmiers s'ils le souhaitent. Ce procédé permettrait de soulager les cabinets médicaux, tout particulièrement ceux des médecins généralistes, qui sont surchargés et dont le délai d'attente pour un rendez-vous est très long notamment dans les territoires ruraux et dans certains quartiers défavorisés et sous dotés.

La compétence étant déjà acquise, cette mesure n'est qu'une simple ouverture de la vaccination par les infirmiers à l'ensemble des personnes majeures.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	175 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. KAROUTCHI, Mmes BERTHET, Anne-Marie BERTRAND et BORIES, MM. BRISSON, CHAIZE et DALLIER, Mmes DURANTON et GRUNY, M. KENNEL, Mmes LAVARDE et Marie MERCIER, MM. VASPART et VOGEL et Mme RAMOND

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES A

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, les mots : « certaines vaccinations, » sont remplacés par les mots : « les vaccinations de l'ensemble des adultes, à l'exception de la première injection ».

OBJET

Depuis 2008, les infirmiers vaccinent sans prescription médicale préalable les personnes fragiles contre la grippe, à l'exception de la primo-vaccination. Cette mesure de santé publique a ainsi permis la vaccination de près d'un million de personnes lors de la dernière campagne (chiffres CNAMTS).

L'article de loi avait prévu que l'infirmière puisse revacciner l'ensemble de la population, afin d'élargir la couverture vaccinale. Or, le décret d'application 2008-877 a été doublement restrictif :

- D'une part, en limitant uniquement à la grippe, alors que les compétences requises sont les mêmes pour toute vaccination.

- D'autre part, en limitant aux personnes âgées et aux malades chroniques : l'infirmière est compétente pour les plus fragiles, mais ne le serait pas pour les personnes en bonne santé ! L'entourage est donc exclu, ce qui limite la portée de la couverture vaccinale.

Par ailleurs, des adultes en bonne santé viennent spontanément dans des cabinets libéraux pour être vaccinés, car les 100.000 infirmiers libéraux couvrent l'ensemble du territoire.

Le coût de la prise en charge par l'Assurance maladie de l'acte d'injection pour vaccination antigrippale pratiquée par une infirmière varie de 4,5 à 6,3 €, considération que les pouvoirs publics devraient également prendre en compte.

Comme ils ont la compétence acquise pour vacciner, il convient donc d'élargir la possibilité légale de vaccination par les infirmiers.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	371 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE,
MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE,
MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT,
REQUIER, ROUX et VALL

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES A

Après l'article 7 sexies A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'infirmière ou infirmier peut effectuer la vaccination antigrippale à l'ensemble des adultes, sans prescription médicale, à l'exception de la première injection. »

OBJET

Cet amendement a pour objectif d'étendre la possibilité de vaccination antigrippale des infirmiers à l'ensemble des adultes, sans condition d'état de santé. Si la grippe a des conséquences plus graves pour les personnes les plus fragiles, elle touche toutes les tranches d'âge et demeure un véritable enjeu de santé publique. Permettre aux infirmières et infirmiers de vacciner l'ensemble des adultes facilitera le recours à la vaccination et ainsi la baisse du nombre de personnes touchées dans les années à venir.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	464
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 7 SEXIES B

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

...° À l'article L. 4424-1, après les mots : « dans le territoire des îles Wallis et Futuna », sont insérés les mots : « dans leur rédaction résultant de la loi n^o du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ».

OBJET

L'article L. 4161-1 du code de la santé publique est déjà applicable au sein de la collectivité des îles Wallis et Futuna. Le présent amendement vise à rendre applicable à Wallis et Futuna les modifications apportées à cet article par le présent article 7 sexies B.

S'agissant de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique qui est modifié par l'article 7 sexies B, l'applicabilité à Wallis et Futuna est déjà prévue à l'article 7 quater (alinéa 6), article qui modifie également l'article L. 5125-1-1 A.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	74 rect. ter
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme MICOULEAU, MM. BABARY et BASCHER, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. BRISSON, CHATILLON, CUYPERS et DANESI, Mme ESTROSI SASSONE, MM. GREMILLET, GUERRIAU et LAMÉNIE, Mme LAMURE, M. LEFÈVRE, Mme LHERBIER et MM. MEURANT, MORISSET, PERRIN, RAISON et SIDO

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES B

Après l'article 7 sexies B

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6211-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots « examens de biologie médicale, », sont insérés les mots : « des actes de vaccination antigrippale, » ;

2° Au second alinéa, après le mot : « examens », sont insérés les mots : « , de ces actes ».

OBJET

Le présent amendement vise à étendre aux 4.000 biologistes médicaux la possibilité d'administrer, sans prescription médicale, le vaccin contre la grippe saisonnière.

Cela permettrait d'atteindre rapidement le taux de 75 % de couverture vaccinale fixé par la Haute Autorité de Santé.

Contrairement aux pharmaciens d'officine, les biologistes, qui disposent de personnels qualifiés et habilités, ayant l'expérience du prélèvement, n'auront besoin d'aucune formation préalable. Ils bénéficient d'infrastructures sanitaires (salles de prélèvement équipées comparables à des cabinets infirmiers ou médicaux), dotées de moyens informatiques et technologiques modernes (interfacés avec les systèmes de l'assurance maladie). L'ensemble est régi par un système d'assurance qualité accrédité selon la norme EN ISO 15189 qui couvre l'ensemble des processus au sein du laboratoire (préanalytique, analytique et postanalytique). Les horaires d'ouverture sont ceux des commerces.

Aucune autre structure médicale non-hospitalière n'offre donc autant de garanties pour la prise en charge médicalisée des vaccinations (grippe, Papillomavirus humain ou HPV, ...), mais aussi des dépistages, de la prévention et du suivi des patients chroniques.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	132 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. SOL, Mmes EUSTACHE-BRINIO et DEROUCHE, M. CALVET, Mmes Laure DARCOS, BRUGUIÈRE, MORHET-RICHAUD, BERTHET et DEROMEDI, MM. DECOOL et MOGA, Mme KAUFFMANN, MM. GENEST et PONIATOWSKI, Mme RAIMOND-PAVERO, M. MOUILLER, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et CHAUVIN et MM. PIERRE, PIEDNOIR, Bernard FOURNIER, BOULOUX et CHARON

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES B

Après l'article 7 sexies B

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6211-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots « examens de biologie médicale, », sont insérés les mots : « des actes de vaccination antigrippale, » ;

2° Au second alinéa, après le mot : « examens », sont insérés les mots : « , de ces actes ».

OBJET

Les 4716 sites de laboratoires de biologie médicale représentent un point d'accès supplémentaire à la vaccination antigrippale et pourraient ainsi contribuer à augmenter la couverture vaccinale contre la grippe. Les biologistes médicaux qui y exercent sont déjà formés à réaliser de nombreux types de prélèvements auprès des patients. Ainsi, la traçabilité des vaccinations et leur élimination par le circuit des déchets DASRI pourraient être des éléments parfaitement maîtrisés par les laboratoires de biologie médicale.

Cet amendement s'inscrit dans le Plan Priorité Prévention et permettrait la réalisation d'économies de santé à travers l'amélioration du dispositif de prévention et la diminution, dès 2019, du nombre de cas de grippe lors de l'épidémie hivernale.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	162 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. DÉRIOT, Mmes IMBERT et PUISSAT, MM. MILON, GILLES et BONHOMME,
Mme LASSARADE, MM. REVET, SAVARY et MANDELLI et Mme DESEYNE

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES B

Après l'article 7 sexies B

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6211-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots « examens de biologie médicale, », sont insérés les mots : « des actes de vaccination antigrippale, » ;

2° Au second alinéa, après le mot : « examens », sont insérés les mots : « , de ces actes ».

OBJET

Cet amendement vise à étendre aux 4 000 biologistes médicaux du territoire, la possibilité d'administrer, sans prescription médicale, le vaccin contre la grippe saisonnière.

Ce qui pourrait permettre d'atteindre rapidement le taux de 75% de couverture vaccinale fixé par la Haute Autorité de la Santé.

Contrairement aux pharmaciens d'officine, les biologistes, qui disposent de personnels qualifiés et habilités, ayant l'expérience du prélèvement, n'auront besoin d'aucune formation préalable. Ils bénéficient d'infrastructures sanitaires (salles de prélèvement équipées comparables à des cabinets infirmiers ou médicaux), dotées de moyens informatiques et technologiques modernes (interfacés avec les systèmes de l'assurance maladie). L'ensemble est régi par un système d'assurance qualité accrédité selon la norme EN ISO 15189 qui couvre l'ensemble des processus au sein du laboratoire (pré-analytique, analytique et post-analytique). Les horaires d'ouverture étant souvent les mêmes que ceux des commerces.

Aucune autre structure médicale non-hospitalière n'offre donc autant de garanties pour la prise en charge médicalisée des vaccinations (grippe, Papillomavirus humain ou HPV, ...), mais aussi des dépistages, de la prévention et du suivi des patients chroniques.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	253
----------------	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. DAUDIGNY

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES B

Après l'article 7 sexies B

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6211-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Au premier alinéa, après les mots « examens de biologie médicale, », sont insérés les mots : « des actes de vaccination antigrippale, » ;

2^o Au second alinéa, après le mot : « examens », sont insérés les mots : « , de ces actes ».

OBJET

Les 4716 sites de laboratoires de biologie médicale représentent un point d'accès supplémentaire à la vaccination antigrippale pour les français. Ils pourraient ainsi contribuer à augmenter la couverture vaccinale contre la grippe. Les biologistes médicaux qui y exercent sont déjà formés à réaliser de nombreux types de prélèvements auprès des patients. La traçabilité des vaccinations et leur élimination par le circuit des déchets DASRI pourraient être des éléments parfaitement maîtrisés par les laboratoires de biologie médicale.

Cette mesure est en cohérence avec le Plan Priorité Prévention ainsi que les annonces du Premier Ministre lors du Comité interministériel de la santé du 26 mars 2018. Elle permettrait la réalisation d'économies de santé à court, moyen et long terme à travers l'amélioration du dispositif de prévention et la diminution, dès 2019, du nombre de cas de grippe lors de l'épidémie hivernale.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	662 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme GUILLOTIN, MM. ARTANO et Alain BERTRAND, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX, VALL et HUSSON

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES B

Après l'article 7 sexies B

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6211-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots « examens de biologie médicale, », sont insérés les mots : « des actes de vaccination antigrippale, » ;

2° Au second alinéa, après le mot : « examens », sont insérés les mots : « , de ces actes ».

OBJET

Afin de continuer à augmenter la couverture vaccinale antigrippale pour les Français (et ainsi lutter contre l'épidémie hivernale) et en cohérence avec le Plan Priorité Prévention, cet amendement propose que les 4 716 sites de laboratoires de biologie médicale deviennent des points de vaccination supplémentaires. Les biologistes médicaux qui y exercent sont déjà formés à réaliser de nombreux types de prélèvements auprès des patients. La traçabilité des vaccinations et leur élimination par le circuit des déchets DASRI pourraient ainsi être parfaitement maîtrisés par les laboratoires de biologie médicale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	638
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme SOLLOGOUB

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 7 SEXIES C (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 4342-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au sixième alinéa, les mots : « , hors verres correcteurs d'amétropie et lentilles de contact oculaire correctrices, » sont supprimés ;

2° Après le même sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Il peut adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin. » ;

3° Au dernier alinéa, les mots : « est précisée » sont remplacés par les mots : « et les conditions de l'adaptation prévue au septième alinéa sont précisées ».

OBJET

Face à la désertification médicale particulièrement prononcée dans la filière visuelle, et les difficultés dans l'accès aux soins qui

en découlent, il est urgent d'envisager un renforcement des compétences des professionnels de santé paramédicaux, comme les

orthoptistes. L'article 7 sexies C, adopté par les députés et supprimé en commission doit donc être rétabli, ce que propose le

présent amendement.

Cet article visait à étendre les compétences des orthoptistes en matière de renouvellement et d'adaptation des verres correcteurs et

des lentilles de contact oculaire correctrices, sauf indication contraire du médecin.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	605 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

2 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme SOLLOGOUB, M. HENNO, Mme VERMEILLET, MM. JANSSENS, CANEVET, BONNECARRÈRE et DELAHAYE, Mme Catherine FOURNIER, M. MOGA, Mmes PERROT et BILLON, M. CAZABONNE et Mmes SAINT-PÉ et VULLIEN

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES C (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 sexies C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 4342-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les mots : « L'orthoptiste pratique son art sur prescription médicale » sont supprimés ;

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « L'orthoptiste pratique son art en cabinet libéral, dans les établissements de santé définis à l'article L. 6141-1. »

OBJET

Cet amendement a pour objet de permettre aux patients qui ne peuvent pas avoir accès à un ophtalmologiste dans de brefs délais et qui peuvent courir des risques pour leur santé visuelle d'avoir un accès direct aux orthoptistes, sans ordonnance médicale, pour obtenir un bilan orthoptique et/ou un bilan visuel.

Ces derniers permettraient ainsi d'établir la nécessité d'un renouvellement ou d'une adaptation des corrections optiques dans le cadre des conditions fixées par la loi, d'une prise en charge orthoptique ou, en présence d'une potentielle pathologie, de rediriger rapidement le patient vers un ophtalmologiste en sollicitant un rendez-vous urgent, en fonction des mesures recueillies lors du et des bilans.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	115 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mmes DESEYNE et MICOULEAU, MM. LONGUET et DANESI, Mmes DEROMEDI, GRUNY et PUISSAT, M. MORISSET, Mme BRUGUIÈRE, MM. LEFÈVRE, del PICCHIA, SAVARY, PONIATOWSKI et CUYPERS, Mmes RAIMOND-PAVERO et CHAUVIN, MM. PIERRE, PIEDNOIR, GILLES, RAPIN, CHARON et SIDO, Mmes Anne-Marie BERTRAND et LAMURE et MM. SEGOUIN, LAMÉNIE et GREMILLET

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES C (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 sexies C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4362-11 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° Les modalités de mise en œuvre par le Conseil national de l'ordre des médecins d'une solution sécurisée d'échanges d'informations entre les prescripteurs d'ordonnance médicale visant à la délivrance de verres correcteurs et les opticiens ;

« ...° Les lieux d'exercice de la profession d'opticien-lunetier afin de leur permettre d'exercer en cabinet médical. » ;

2° Après l'article L. 4362-12, il est inséré un article L. 4362-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4362-.... – L'opticien-lunetier peut réaliser, sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole organisationnel de délégations de tâches :

« - la mesure de la pression intraoculaire d'un patient au moyen d'un tonomètre à air ;

« - la mesure de l'épaisseur cornéenne au moyen d'un pachymètre ;

« - une rétinographie sans instillation de collyre mydriatique à l'aide d'un rétinographe non mydriatique ;

« - la réfraction.

« L'opticien-lunetier n'est pas habilité à interpréter les données ainsi recueillies. L'opticien-lunetier informe le patient que les examens réalisés seront soumis à l'analyse du médecin prescripteur.

« Les conditions dans lesquelles l'opticien-lunetier peut procéder à ces mesures sont déterminées par décret. »

OBJET

À ce jour, les opticiens ne peuvent pas participer à la détection et au suivi de certaines pathologies visuelles faute d'autorisation d'utiliser un certain nombre d'appareils, dont :

- Le tonomètre à air permettant la mesure de la pression intraoculaire ;
- Le rétinographe non mydriatique (qui permet la prise de rétinographies - clichés de la rétine - sans instillation de collyre mydriatique).

Or, l'utilisation de ces machines a été récemment ouverte aux orthoptistes. Cet amendement vise à permettre à l'opticien de réaliser les actes préalables au bilan visuel, laissant leur interprétation et le diagnostic médical au médecin à l'image de l'organisation de la radiologie avec le manipulateur en électroradiologie médicale et le radiologue . Cet amendement ne remet pas en cause le rôle du médecin ophtalmologiste mais prend en compte la nécessité de dégager du temps médical pour les cas plus complexes.

Plusieurs projets d'expérimentation, parfois souhaité par des ARS dans des zones sous denses, sont aujourd'hui bloqués faute pour l'opticien d'avoir le droit d'utiliser ces matériels non invasifs pour l'œil.

Il est par ailleurs précisé que la réalisation de ces actes techniques ne peut se faire que sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole organisationnel, afin de garder au seul médecin la responsabilité d'interprétation, de diagnostic et de prescription.

Le présent amendement vise enfin à faciliter les échanges d'information entre prescripteurs et opticiens, et à autoriser l'exercice de la profession d'opticien-lunetier en cabinet médical.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	664 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI et COLLIN, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et VALL

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES C (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 sexies C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 4362-10, les mots : « , dans le cadre d'un renouvellement, » sont supprimés ;

2° L'article L. 4362-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités de mise en œuvre par le conseil national de l'ordre des médecins d'une solution sécurisée d'échanges d'informations entre les prescripteurs d'ordonnance médicale visant à la délivrance de verres correcteurs et les opticiens. »

OBJET

Cet amendement a pour objectif de permettre à l'opticien de modifier l'ordonnance quand il s'agit d'une primo prescription, après la réalisation d'un examen de vue.

Depuis les décrets de 2007 et 2016, les opticiens ont en effet le droit de modifier la correction visuelle d'un patient lorsque celui-ci renouvelle son ordonnance dans le cadre de sa durée de validité (5 ans pour les 16-42 ans et 3 ans pour les plus de 42 ans).

Or, il arrive régulièrement que l'ordonnance réalisée à un moment T dans le cabinet de l'ophtalmologiste ne soit plus tout à fait exacte lorsqu'elle est utilisée par le patient. Dans ces cas, après un examen de la vue, l'opticien constate un écart de correction, parfois minime mais potentiellement gênant, qui contraint le patient à retourner voir son ophtalmologiste pour se faire délivrer une nouvelle ordonnance, en dépit de délais de rendez-vous parfois très importants.

Afin de garantir un suivi de ces modifications de correction, il est proposé de renvoyer à un décret la mise en œuvre par le Conseil National de l'Ordre des Médecins d'une solution d'échanges d'informations sécurisées entre prescripteurs et opticiens.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	529 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. MANABLE et TOURENNE, Mme MONIER, MM. MAZUIR et
VALLINI et Mme ARTIGALAS

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEXIES C (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 sexies C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définis en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, à titre expérimental, à compter de la date fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et jusqu'au 31 décembre de la troisième année suivant cette même date, les opticiens-lunetiers à réaliser les actes préalables au bilan visuel, laissant l'interprétation et le diagnostic médical au médecin.

Un arrêté du ministre chargé de la santé définit les régions participant à l'expérimentation mentionnée au premier alinéa du présent article, dans la limite de quatre régions.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment les conditions de délivrance de l'autorisation aux opticiens-lunetiers dans les régions retenues pour participer à l'expérimentation et les conditions de réalisation de l'examen de la réfraction en vue de l'adaptation dans ces établissements.

Au plus tard dans les quatre mois précédant la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement et transmis au Parlement.

OBJET

Dans les zones sous-dotées, les opticiens-lunetiers ne peuvent pas participer à la détection et au suivi de certaines pathologies visuelles faute d'autorisation d'utiliser un certain nombre d'appareils.

Cette expérimentation donne donc la possibilité pour les opticiens de procéder à certains actes ophtalmologistes afin de pourvoir à la pénurie de spécialistes notamment dans les territoires ruraux et d'accélérer une meilleure prise en charge des patients. Cet

amendement ne remet pas en cause le rôle du médecin ophtalmologiste mais prend en compte la nécessité de dégager du temps médical pour les cas plus complexes.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	652 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN, GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX, VALL et HUSSON

ARTICLE 7 SEXIES

I. – Alinéa 2, première phrase

Après la référence :

L. 5121-30

insérer les mots :

et avec l'accord du prescripteur

II. – Alinéa 3

Supprimer les mots :

et informe le prescripteur de ce remplacement

OBJET

Les ruptures de stock de médicaments étant de plus en plus régulières, l'article 7 sexies offre une réponse à ce phénomène en ouvrant la possibilité aux pharmaciens de remplacer un médicament prescrit par un autre. Cet amendement a pour objectif d'inscrire l'accord préalable du prescripteur avant tout remplacement par le pharmacien.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	267 rect. quater
----	------------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

Mme DEROCHE, M. PIEDNOIR, Mme DEROMEDI, M. PANUNZI, Mmes MICOULEAU, DI FOLCO et Marie MERCIER, MM. BONNE et MOUILLER, Mme IMBERT, M. VASPART, Mmes RAMOND, LASSARADE et BRUGUIÈRE, M. SAVARY, Mmes PROCACCIA et GRUNY, MM. DÉRIOT et BRISSON, Mmes Laure DARCOS et BERTHET, MM. MORISSET et SIDO, Mme LAMURE et MM. LAMÉNIE, GENEST, DARNAUD et PAUL

ARTICLE 7 SEXIES

Alinéa 2

Après les mots :

professionnels de santé

insérer les mots :

, des entreprises pharmaceutiques exploitant les médicaments concernés

OBJET

Cet amendement vise à inclure le ou les laboratoires appelé(s) à fournir le produit de substitution dans la liste des intervenants consultés préalablement à l'établissement de la recommandation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Ils sont en effet les meilleurs connaisseurs de leurs produits et donc à même de contribuer à la discussion nécessaire autour de la substituabilité.

Les laboratoires pourraient aussi avoir à procéder à des ajustements tant sur la production que sur la logistique qu'il est important de pouvoir anticiper.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	466
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 7 SEPTIES A

Supprimer cet article.

OBJET

Les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux et les masseurs-kinésithérapeutes bénéficient déjà d'une protection maternité qui représente un taux moyen de remplacement de près de 90 % du revenu. Pour les professions dont les revenus moyens sont plus bas, le taux de couverture peut atteindre 100 %. Ce régime permet ainsi aux professionnels concernés de percevoir un montant pouvant aller jusqu'à 9 600 € durant leur congé. La comparaison avec les médecins, dont le taux de remplacement était inférieur à 60 %, n'est donc pas pertinente.

Le présent amendement vise ainsi à supprimer la disposition introduite par la commission des affaires sociales du Sénat autorisant l'UNCAM et les représentants des chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux et les masseurs-kinésithérapeutes à négocier sur les modalités de versement d'une aide financière complémentaire interrompant leur activité en cas de congé maternité ou paternité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	368 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. ROUX, ARNELL, ARTANO et Alain BERTRAND, Mme Maryse CARRÈRE,
MM. CASTELLI et COLLIN, Mme COSTES, MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et
JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER et VALL

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 7 SEPTIES (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « En l'absence d'accord, l'assuré peut saisir le directeur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant puisse lui être désigné parmi une liste de médecins de son ressort géographique. »

OBJET

Actuellement, près de 9 % des assurés de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant. Or, pour ne pas s'exposer à des pénalités et à des réductions de remboursement de soins par les régimes d'Assurance Maladie, il est essentiel de déclarer un médecin traitant.

Aussi, cet amendement a pour objet de rendre opposable l'accès au médecin traitant pour tout assuré qui en fait la demande.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	639
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme SOLLOGOUB

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 7 SEPTIES (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « En l'absence d'accord, l'assuré situé dans une zone définie en application du 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique peut saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant disponible lui soit proposé. »

OBJET

Cet amendement vise à rétablir l'article 7 septies du présent projet tel qu'adopté par les députés et supprimé en commission. La procédure de désignation d'un médecin traitant constitue une mesure positive pour nombre d'assurés qui ne sont pas en mesure d'accéder à un médecin traitant.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	537 rect. ter
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

MM. CHASSEING, BIGNON, CAPUS, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE, LAUFOAULU, MALHURET et Alain MARC, Mme MÉLOT, MM. MENONVILLE, WATTEBLED, BOULOUX, MOGA, GABOUTY, BONHOMME, LAMÉNIE et MANDELLI et Mmes DEROMEDI et NOËL

ARTICLE 7 SEPTIES (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « En l'absence d'accord, l'assuré situé dans une zone définie en application du 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique peut saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant disponible puisse lui être proposé. »

OBJET

Cet amendement vise à rétablir l'article 7 septies adopté à l'Assemblée nationale, offrant la possibilité aux citoyens vivants dans des zones caractérisées par une offre insuffisante de soins ou par des difficultés d'accès aux soins de saisir le conciliateur de leur caisse d'assurance maladie afin qu'un médecin traitant disponible leur soit proposé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	54
----------------	----

23 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme RAMOND

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEPTIÈS (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 septies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 1^o du I de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, les mots : « coordonnée par le médecin traitant » sont supprimés.

OBJET

L'article L. 4301-1 du code de la santé publique définit l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux.

Lors des débats parlementaires conduisant à son introduction en 2016, cet article s'est vu compléter d'une notion de « coordination des soins par un médecin » dans la définition du cadre d'exercice des professionnels en pratique avancée. En réalité, le professionnel de santé en pratique avancée n'intervient pas sous la coordination d'un médecin. Il peut d'ailleurs être lui-même chargé de cette coordination.

La publication des textes réglementaires relatifs à la pratique avancée et les cas d'usage de cette pratique étant désormais plus clairement définis, il apparaît que cette mention place les professionnels de santé dans une situation délicate puisqu'en l'absence de coordination par le médecin, ils ne devraient pas légalement pouvoir exercer. Il convient donc de supprimer cette mention dans un souci de sécurité juridique de l'exercice en pratique avancée.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	136 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. BRISSON et COURTIAL, Mme MICOULEAU, MM. LEFÈVRE, de NICOLAY, VOGEL et MORISSET, Mmes PUISSAT, GRUNY, MORHET-RICHAUD, DEROMEDI, TROENDLÉ et LOPEZ, MM. GENEST et PONIATOWSKI, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. MANDELLI, BONNE, PELLELAT, Bernard FOURNIER et CHARON, Mme LAMURE et M. LAMÉNIE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEPTIES (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 septies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 1^o du I de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, les mots : « coordonnée par le médecin traitant » sont supprimés.

OBJET

Les contours de la pratique avancée étant plus clairement définis par l'usage, cet amendement propose une mise en cohérence de la loi. En 2016 lors des débats parlementaires sur la loi de modernisation du système de santé une disposition a été introduite plaçant les soins opérés par les professionnels en pratique avancée sous la coordination d'un médecin. Or, les textes réglementaires et l'usage n'ont pas retenu cette coordination. Le professionnel de santé en pratique avancée peut d'ailleurs être lui-même chargé de la coordination des soins.

Le flou autour de cette disposition fait courir un risque sur les professionnels de santé : en l'absence de médecin coordonnateur, ils pourraient ne plus exercer en pratique avancée.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	413 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. ANTISTE, Mmes JASMIN et Gisèle JOURDA, M. DURAN et Mme ARTIGALAS

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEPTIES (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 septies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 1° du I de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, les mots : « coordonnée par le médecin traitant » sont supprimés.

OBJET

L'article L. 4301-1 du code de la santé publique définit l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux. Lors des débats parlementaires conduisant à son introduction en 2016, cet article s'est vu compléter d'une notion de « coordination des soins par un médecin » dans la définition du cadre d'exercice des professionnels en pratique avancée. En réalité, le professionnel de santé en pratique avancée n'intervient pas sous la coordination d'un médecin. Il peut d'ailleurs être lui-même chargé de cette coordination.

La publication des textes réglementaires relatifs à la pratique avancée et les cas d'usage de cette pratique étant désormais plus clairement définis, il se révèle que cette mention place les professionnels de santé dans une situation délicate puisqu'en l'absence de coordination par le médecin, ils ne devraient pas légalement pouvoir exercer.

Il convient donc de supprimer cette mention dans un souci de sécurité juridique de l'exercice en pratique avancée.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	700
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Défavorable
Retiré	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEPTIES (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 septies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 3^o de l'article L. 3121-2-2 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« ...^o Les infirmières et infirmiers ;

« ...^o Les médecins généralistes de premier recours. »

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise à autoriser les infirmières et les infirmiers ainsi que les médecins généralistes à délivrer des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à réaliser des autotests de détection de maladies infectieuses transmissibles, communément appelés « autotests VIH ».

En France, plus de 170.000 personnes vivent avec le VIH, près de 6.500 personnes découvrent leur séroposivité chaque année et on estime à 30.000 le nombre de personnes porteuses du virus sans le savoir. Malgré les progrès réalisés en matière de dépistage, ce sont encore près d'un tiers des découvertes de séropositivités qui sont trop tardives.

Dans une perspective de développement de l'offre de dépistage, la France a autorisé la vente en pharmacie d'autotests VIH. Ils offrent de nouvelles opportunités d'autonomie

pour des personnes qui veulent faire un test en toute discrétion ou qui ont un accès plus difficile aux services de dépistage et vient compléter l'offre de dépistage.

En 2017, plus de 90.000 autotests ont été vendus en France, un chiffre qui ne permet pas d'augmenter significativement le nombre de dépistages. C'est pourquoi, il apparaît nécessaire de multiplier les endroits où il est possible de se procurer un autotest, notamment dans les zones à forte prévalence.

Dans cette perspective, les consultations infirmières et auprès de son généraliste sont bien souvent l'occasion pour un patient d'échanger et de se confier ; il semble opportun qu'une infirmière ou un infirmier ainsi qu'un médecin généraliste puisse proposer et délivrer le cas échéant un autotest à cette occasion.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	701
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 7 SEPTIES (SUPPRIMÉ)

Après l'article 7 septies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6211-7 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut également être réalisé par un médecin dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

OBJET

Cet amendement vise à permettre aux médecins de premier recours de pratiquer des actes de biologie médicale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	309
----------------	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 8

Supprimer cet article.

OBJET

Le présent article prévoit d'habiliter le Gouvernement à refondre la carte hospitalière avec la mise en place des hôpitaux de proximité. Le recours à des ordonnances témoigne de la volonté du Gouvernement de sortir du débat parlementaire les enjeux essentiels de la réforme.

La labellisation des hôpitaux de proximité laisse entrevoir de nombreuses restructurations hospitalières par la fermeture de services de chirurgie et de maternité dans nos territoires.

C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	773 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. GREMILLET, PIERRE, RAISON, Daniel LAURENT et PANUNZI, Mmes THOMAS, CHAIN-LARCHÉ et DEROMEDI, M. POINTEREAU, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et MALET, MM. BRISSON et REICHARDT, Mme IMBERT, MM. BONHOMME et KAROUTCHI, Mme LASSARADE et MM. de NICOLAY, CHATILLON et MAGRAS

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 8

Supprimer cet article.

OBJET

Cet amendement vise à supprimer l'article 8 du projet de loi habilitant le Gouvernement à prendre, par voie d'ordonnance, les mesures nécessaires pour renforcer et développer les établissements de santé de proximité comme « *premier niveau de la gradation des soins hospitaliers* ».

En l'état, ce projet de réorganisation des soins hospitaliers dans les territoires recouvre de trop nombreux périls, en particulier celui de la remise en cause d'un égal accès aux soins pour tous et dans tous les territoires, pour être acceptable. Le présent amendement en propose ainsi la suppression.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	310
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 8

Alinéa 2

Après le mot :

hospitaliers

supprimer la fin de cet alinéa.

OBJET

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 établissements qui orientent les patients vers d'autres structures de soins, notamment les hôpitaux généraux.

Selon nous, l'hôpital de proximité doit d'abord être une structure d'accueil qui délivre des soins avec le souci d'assurer un meilleur maillage territorial du service public hospitalier.

C'est pourquoi par cet amendement de repli nous demandons la suppression de ces dispositions.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	667 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE,
MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE,
MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. REQUIER, ROUX et
VALL

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 8

I. – Alinéa 2, dernière phrase

Supprimer les mots :

et en complémentarité avec ces acteurs

et les mots :

pour assurer la permanence des soins et la continuité des prises en charge

II. – Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Contribuant, en fonction de l'offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et professionnels de la médecine ambulatoire.

OBJET

L'objet de l'amendement est d'adapter la rédaction concernant la mission de permanence et de continuité des soins adoptée en commission, afin de souligner son caractère articulé et complémentaire avec les organisations mises en place sur les territoires.

Il est proposé de repositionner cette exigence dans le paragraphe II de l'article, au sein des missions partagées des hôpitaux de proximité avec les autres acteurs de santé du territoire et ainsi d'ajouter un 4^o à la suite de l'appui aux acteurs de l'offre de soins, la prise en charge des personnes en situation et de vulnérabilité et la prévention.

En effet, la permanence des soins, et notamment l'accueil des soins non programmés est une mission avant tout dévolue aux professionnels de ville, pour laquelle une

responsabilité est endossée par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il est donc important que la contribution des hôpitaux de proximité sur ces sujets se fassent en cohérence avec les projets des CPTS, comme le paragraphe II de l'article de loi le précise, et en complémentarité avec l'offre de ville.

En outre, la rédaction qui a été adoptée en commission limite la responsabilité territoriale partagée des hôpitaux de proximité avec les professionnels de ville à la mission de permanence des soins et continuité des prises en charge. Or cette responsabilité territoriale doit porter sur l'ensemble des missions partagées des hôpitaux de proximité énoncées au II. Les hôpitaux de proximité et les professionnels de ville, notamment organisés au sein des CPTS, doivent agir ensemble pour l'amélioration de l'offre de soins et de l'état de santé des populations sur le territoire. Cette disposition ne devrait donc pas être limitée à la problématique de la permanence et la continuité des soins.

Cet amendement vise à conserver la cohérence rédactionnelle de l'article tout en s'assurant que l'esprit de l'amendement adopté en commission soit respecté.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	71 rect. ter
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes MICOULEAU, Anne-Marie BERTRAND et BONFANTI-DOSSAT, MM. BRISSON, CHATILLON, CUYPERS, DANESI et DECOOL, Mmes DELMONT-KOROPOULIS et ESTROSI SASSONE, MM. Bernard FOURNIER, GREMILLET, GUERRIAU, HOUPERT et LAMÉNIE, Mme LAMURE, M. LEFÈVRE, Mme LHERBIER et MM. MANDELLI, MEURANT, MORISSET, PONIATOWSKI, RAPIN et SIDO

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 8

I. – Après l’alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Assurent la continuité et la permanence des soins, en complémentarité des professionnels de santé de ville du territoire.

II. – Alinéa 7

Après le mot :

imagerie

insérer les mots :

, de télésanté

OBJET

Les hôpitaux de proximité sont envisagés comme plateforme de rencontre entre les professionnels de santé ville et de l’hôpital au service d’une population du territoire (responsabilité populationnelle). Si le présent article 8 précise bien le cadre d’intervention global de ces établissements, il ne fait pas mention explicitement du rôle majeur que pourront avoir les hôpitaux de proximité en matière de continuité et de permanence des soins, en complémentarité de l’offre libérale, sur les territoires. Le présent amendement propose donc de préciser ces deux missions, considérées comme fondamentales par les usagers des services hospitaliers sur les territoires.

Par ailleurs, alors que le présent projet de loi consacre la notion de télésoins en complémentarité des actes de télémedecine, il n'est fait pas fait mention du rôle majeur que pourront avoir les hôpitaux de proximité en matière de télésanté. Ceux-ci doivent pouvoir être véritables plateaux techniques pour la réalisation d'actes de télésanté (télémedecine et télésoins), utilisables par tous les professionnels de santé du territoire. Le présent amendement propose donc d'intégrer la télésanté comme mission pleine et entière des hôpitaux de proximité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	588
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 8

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Assurent la continuité et la permanence des soins, en complémentarité des professionnels de santé de ville du territoire.

OBJET

Le présent amendement fait état du rôle des hôpitaux de proximité en matière de continuité et de permanence des soins, le tout de manière complémentaire à l'offre libérale.

Les hôpitaux de proximité doivent reconnus comme une plateforme de rencontre entre les professionnels de santé ville et de l'hôpital au service d'une population du territoire (responsabilité populationnelle).



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	372 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Sagesse du Sénat
Adopté	

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO et Alain BERTRAND, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX, VALL et HUSSON

ARTICLE 8

Alinéa 7

Après le mot :

imagerie

insérer les mots :

, de télésanté

OBJET

Le développement de la télésanté est une véritable chance pour la médecine, notamment dans les zones où les difficultés d'accès aux soins s'intensifient. Cet amendement propose d'inscrire dans la loi le rôle joué par les hôpitaux de proximité dans ce domaine : implanter dans chaque hôpital de proximité un plateau e-santé offrira aux patients une opportunité supplémentaire de recourir à un professionnel de santé dans un cadre sécurisé en termes de pratique médicale et d'encadrement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	720 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme VAN HEGHE, MM. DAUDIGNY et JOMIER, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain

C	Sagesse du Sénat
G	Sagesse du Sénat
Adopté	

ARTICLE 8

Alinéa 7

Après le mot :

imagerie

insérer les mots :

, de télésanté

OBJET

Alors que le présent projet de loi consacre la notion de télésoins en complémentarité des actes de télémédecine, il n'est fait pas mention du rôle majeur que pourront avoir les hôpitaux de proximité en matière de télésanté. Ceux-ci doivent pouvoir être de véritables plateaux techniques pour la réalisation d'actes de télésanté (télémédecine & télésoins), utilisables par tous les professionnels de santé du territoire.

Le présent amendement suggéré au groupe socialiste par l'UNIOPSS et l'APF propose donc d'intégrer la télésanté comme mission pleine et entière des hôpitaux de proximité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	585
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Sagesse du Sénat
Adopté	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 8

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par les mots :

et les établissements publics de santé gérant des secteurs de psychiatrie

OBJET

La mise en place des communautés territoriales de santé ne doit pas faire l'impasse de s'articuler avec les dispositifs de prévention et de soins de la psychiatrie. Or le champ de la psychiatrie et de la santé mentale est absent dans la loi alors que son poids économique et son impact sont majeurs dans la société.

La psychiatrie est « le parent pauvre de la médecine », c'est pourquoi il apparaît nécessaire de préciser la coopération avec les établissements publics de santé gérants des secteurs de psychiatrie dès l'hôpital de proximité.

En effet, l'organisation de la psychiatrie en France en fait un acteur de premier et de second niveau ce qui est un des aspects de sa spécificité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	716 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 8

I. – Alinéa 4

1^o Remplacer le mot :

nécessaire

par les mots :

et une ligne d'hospitalisation de premier recours nécessaires

2^o Remplacer les mots :

de leurs

par les mots :

des

II. – Alinéa 6

Après le mot :

prévention

insérer les mots :

, notamment en addictologie,

III. – Alinéa 7

1° Après le mot :

médecine

insérer les mots :

polyvalente, notamment de gériatrie,

2° Après les mots :

actes techniques

insérer les mots :

et des activités interventionnelles de jour,

OBJET

Les modifications proposées par cet amendement du groupe socialiste s'inspirent de la présentation des hôpitaux des proximité, aussi appelés « établissements de santé communautaire », faite par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son rapport de mai 2018.

Elles visent à apporter des précisions quant aux missions que doivent remplir ces hôpitaux : ils assurent une ligne d'hospitalisation de premier recours au service des médecins de ville, exercent une activité de médecine polyvalente comprenant des activités interventionnelles de jour et développent une filière de gériatrie.

Ils pratiquent en outre des consultations avancées et font de la prévention notamment en addictologie.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	774 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. GREMILLET, PIERRE, RAISON, Daniel LAURENT et PANUNZI, Mmes THOMAS, CHAIN-LARCHÉ et DEROMEDI, M. POINTEREAU, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et MALET, MM. BRISSON, REICHARDT, BONHOMME et KAROUTCHI, Mme LASSARADE et MM. de NICOLAY, CHATILLON et MAGRAS

ARTICLE 8

I. – Après l’alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Disposent d’un service mobile d’urgence et de réanimation ;

II. – Alinéa 7

Supprimer les mots :

et n’exercent pas d’activité de chirurgie ni d’obstétrique

III. – Alinéa 8

Supprimer cet alinéa.

IV. – Alinéa 9

Après le mot :

postnatales

insérer les mots :

, des activités de chirurgie et d’obstétrique

OBJET

Cet amendement vise à porter un certain nombre de précisions au dispositif contenu dans l’article 8 et ce, afin de garantir le maintien d’une offre de soins hospitaliers dans tous les territoires.

Assurer le maintien d'hôpitaux de proximité et une gradation adaptée des soins quel que soit l'implantation de l'unité hospitalière sur le territoire français implique nécessairement que soient réunis au sein des hôpitaux de proximité un service d'urgence 24h/24H, une maternité, une activité de chirurgie avec un plateau technique nécessaire et la présence d'un SMUR.

En effet, il ne s'agit pas d'opposer hôpitaux et hôpitaux de proximité, dont la définition reste malheureusement trop vague, mais d'assurer au plus grand nombre grâce à un maillage territorial un accès égalitaire aux soins dans de bonnes conditions en leur permettant un égal accès aux soins.

Il s'agit de maintenir une médecine de qualité et de proximité dans nos territoires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	356 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme Maryse CARRÈRE, MM. ARNELL, ARTANO, CABANEL, CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ,
Mme COSTES, MM. GOLD et JEANSANNETAS, Mmes JOUVE et LABORDE et
MM. LÉONHARDT, REQUIER, ROUX et VALL

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 8

Alinéa 7

1^o Remplacer les mots :

ou donnent accès à des

par le mot :

de

2^o Remplacer les mots :

n'exercent pas d'activité de chirurgie ni

par les mots :

exercent des activités de chirurgie et

OBJET

Les maternités et l'obstétrique, tout particulièrement, doivent avoir un maillage serré du territoire. Les fermetures de maternités sont nombreuses, les fermetures de services de chirurgie également. Ces évolutions font craindre pour les hôpitaux et l'accès aux soins sur tout le territoire.

Le label « hôpitaux de proximité » s'apparente à un déclassement des petits établissements.

Cet amendement vise donc à ce que les hôpitaux de proximité disposent d'un plateau technique, et exercent des activités de chirurgie et d'obstétrique.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	614 rect.
----------------	--------------

2 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme SOLLOGOUB, M. CANEVET, Mme GUIDEZ, MM. HENNO et JANSSENS,
Mmes VERMEILLET et Catherine FOURNIER, M. MOGA, Mmes FÉRAT et PERROT,
M. CAZABONNE et Mmes de la PROVÔTÉ, SAINT-PÉ et VULLIEN

C	Défavorable
G	
Retiré	

ARTICLE 8

Alinéa 7

Après le mot :

médicale

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

. Ils peuvent, par dérogation et sur autorisation de la Haute Autorité de santé, réaliser des activités de chirurgie ambulatoire.

OBJET

Le présent amendement vise à permettre aux futurs hôpitaux de proximité de conserver certaines activités dites de « petite chirurgie » en ambulatoire. Ces activités devront être définies par un décret, après avis de la Haute Autorité de Santé. Il est souhaitable de maintenir un certain degré de proximité territoriale dans la gradation des soins, afin que nos concitoyens vivant dans des zones enclavées ne soient pas contraints de parcourir de trop longues distances pour réaliser un acte chirurgical simple. La qualité et la sécurité de ces activités devant être garanties, le décret précisant les modalités d'application de cet article détaillera la mise en œuvre des autorisations et les critères de sécurité et qualité exigés pour ces activités chirurgicales dans les hôpitaux de proximité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	311 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 8

Alinéa 7

Remplacer les mots :

n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique

par les mots :

sont dotés d'un service d'urgences ouvert en permanence, d'une maternité de niveau I, de services de médecine et de chirurgie, de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées, en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur

OBJET

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 comme d'une amélioration de l'accès aux soins.

C'est pourquoi nous proposons à travers cet amendement que les hôpitaux de proximité soient définis comme des établissements assurant les activités suivantes : médecine, chirurgie, unité obstétrique, soins de suite et de structures pour les personnes âgées.

Ils seraient en lien avec la médecine de ville, un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	719 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER,
Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine
FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et
BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET,
Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et
LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie
ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 8

Alinéa 7

Après le mot :

chirurgie

insérer les mots :

nécessitant la mise en œuvre des techniques d'anesthésie générale

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise à ce que les hôpitaux de proximité puissent exercer une activité dite de « petite chirurgie ».

En effet, il est essentiel que les hôpitaux de proximité soient en mesure de proposer une offre de santé la plus complète possible pour les publics. S'il n'apparaît pas réaliste de permettre à chaque hôpital de proximité à disposer d'un service de réanimation en raison du faible flux d'opérations, il est néanmoins capital qu'ils puissent pratiquer des actes de chirurgie ne nécessitant pas le recours aux techniques d'anesthésie général.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	775 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. GREMILLET, PIERRE, RAISON, Daniel LAURENT et PANUNZI, Mmes THOMAS, CHAIN-LARCHÉ et DEROMEDI, M. POINTEREAU, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et MALET, MM. BRISSON, REICHARDT, BONHOMME et KAROUTCHI, Mme LASSARADE et MM. de NICOLAY, CHATILLON et MAGRAS

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 8

Alinéa 9

Après le mot :

postnatales

insérer les mots :

, des activités de chirurgie et d'obstétrique,

OBJET

Cet amendement vise à assurer le maintien d'une offre de soins hospitaliers de qualité dans tous les territoires.

Assurer le maintien d'hôpitaux de proximité et une gradation adaptée des soins quel que soit l'implantation de l'unité hospitalière sur le territoire français implique nécessairement que soient réunis au sein des hôpitaux de proximité un service d'urgence 24h/24H, une maternité, une activité de chirurgie avec un plateau technique nécessaire et la présence d'un SMUR.

En effet, il ne s'agit pas d'opposer hôpitaux et hôpitaux de proximité, dont la définition reste malheureusement trop vague, mais d'assurer au plus grand nombre grâce à un maillage territorial un accès égalitaire aux soins dans de bonnes conditions en leur permettant un égal accès aux soins.

Il s'agit de maintenir une médecine de qualité et de proximité dans nos territoires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	717 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 8

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Participent à la lutte contre la désertification médicale dans une approche territoriale de la santé en garantissant l'accès aux services d'obstétrique et d'orthogénie dans l'offre hospitalière de proximité.

OBJET

Le groupe socialiste entend par cet amendement fixer comme critère de définition des hôpitaux de proximité l'accès à des services de maternité et d'obstétrique.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	182 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL, MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE, MM. SUEUR et MONTAUGÉ, Mme HARRIBEY, MM. VAUGRENARD, TODESCHINI et MARIE, Mme LEPAGE, M. Martial BOURQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. Patrice JOLY, DURAN et LUREL, Mmes ARTIGALAS, GRELET-CERTENAIS et CONCONNE, MM. MANABLE et TISSOT, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. KERROUCHE, COURTEAU et TEMAL et Mme MONIER

ARTICLE 8

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Participent à la lutte contre la désertification médicale dans une approche territoriale de la santé.

OBJET

Cet amendement vise à fixer comme critère de définition des hôpitaux de proximité la nécessaire lutte contre la désertification médicale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	57 rect.
----------------	-------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et M. LAMÉNIÉ

C	Défavorable
G	
Retiré	

ARTICLE 8

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« – Il est créé un label des structures de villes hospitalières dénommé “centre ambulatoire universitaire” décerné selon un cahier des charges. Les centres ambulatoires universitaires sont des structures hospitalières de proximités dotées de prérogatives de soins, d'enseignement et de recherche médicale. Ils servent à la formation clinique des internes (voire aussi des externes) en médecine générale, leur formation théorique continuera de s'effectuer en faculté.

OBJET

Il y a un constat qui réunit tous les bords politiques : notre système de santé manque d'adaptation face aux mutations de la société du XXI^e siècle. En France, notre système est hospitalo-centré et ne permet pas de surcroît d'assurer une prise en charge en ambulatoire dans des conditions acceptables. La médecine française s'est donc organisée autour de l'hôpital et les CHU. Dans ce schéma, la médecine générale ne semble pas être reconnue à sa juste valeur. S'ils ont une activité ambulatoire exclusive en ville et en campagne, leur formation se déroule principalement en milieu hospitalier. Les diplômés ont donc une vision des territoires erronée. Aujourd'hui l'accès aux soins pour tous garanti par l'ordonnance du 4 octobre 1945 n'est pas totalement assuré. Il demeure des zones sous-dotées en médecins généralistes, accordée à une baisse globale de 10 % du nombre de généralistes depuis 2007. Il y a une absolue nécessité à mettre en place une stratégie percutante répondant à ces enjeux. Cela passe par une facilitation de l'installation des médecins libéraux sur tout le territoire en assurant une partie de leur formation dans des centres ambulatoires universitaires (CAU).



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	252
----------------	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. DAUDIGNY

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 8

Alinéa 7

Après le mot :

médecine

insérer les mots :

ou de soins de suite et de réadaptation

OBJET

L'article 8 de projet de loi ne prévoit comme activité de soins socle obligatoirement assurée par un hôpital de proximité que la médecine. Ce faisant, il exclut toute possibilité pour des établissements de santé publics ou privés qui aujourd'hui n'assurent qu'une activité de soins de soins de suite et de réadaptation de pouvoir obtenir la qualité d'hôpital de proximité. Cela revient à exclure, par principe, près de 150 établissements de santé, dont une grande partie assure une offre de soins et de prise en charge de proximité en lien étroit avec les professionnels de santé de premier recours et de soins spécialisés, qui pourraient pourtant renforcer le maillage territorial des hôpitaux de proximité et spécialement dans les zones rurales ou dans des zones éloignées des grandes agglomérations et des métropoles.

C'est pourquoi le présent amendement propose de permettre que des établissements de santé publics ou privés assurant aujourd'hui une activité de soins de soins de suite et de réadaptation, sans disposer d'autorisation de soins de médecine, puissent être éligibles à la qualité d'hôpital de proximité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	718 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 8

Alinéa 7

Après le mot :

spécialités

insérer les mots :

disposent d'un dispositif spécialisé pour l'accueil et la prise en charge des victimes d'un accident d'exposition au virus d'immunodéficience humaine,

OBJET

Chaque année, près de 6.500 personnes découvrent leur séropositivité en France et malgré une offre de dépistage importante, près d'un tiers des découvertes de séropositivité sont trop tardives. Ces chiffres sont, pour une large part dus à un manque d'information, un manque d'accès et à une stigmatisation encore trop présents.

Dans cette perspective, le TPE, aussi appelé prophylaxie post-exposition (PPE) est un dispositif d'urgence qui doit être débuté le plus vite possible après exposition au risque, au mieux dans les 4 heures et au plus tard dans les 48 heures. Afin de permettre aux personnes ayant été exposées à un risque de contamination de réagir au plus vite et de limiter de façon importante le risque de contamination par le virus grâce au TPE, il apparaît essentiel que le maillage territorial des structures pouvant le prescrire soit le plus fin possible.

Pour faire face à cette réalité, cet amendement du groupe socialiste vise à ce que les hôpitaux de proximité se dotent obligatoirement d'un dispositif spécialisé pour l'accueil et la prise en charge des victimes d'un accident d'exposition à un risque viral et puissent prescrire un traitement post-exposition (TPE).



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	210 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme BERTHET, M. BASCHER, Mmes Laure DARCOS et DELMONT-KOROPOULIS, MM. MEURANT et SOL, Mme PUISSAT, M. PELLELAT, Mme NOËL, M. MANDELLI, Mmes GRUNY et GARRIAUD-MAYLAM, M. Bernard FOURNIER, Mmes BRUGUIÈRE et BONFANTI-DOSSAT, MM. BONHOMME, Jean-Marc BOYER et DUPLOMB, Mme DEROCHE, M. LAMÉNIE, Mme LAMURE et M. SIDO

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 8

Alinéa 9

Après le mot :

réadaptation

insérer les mots :

, des missions de dépistage des maladies chroniques chez les patients à risque

OBJET

En France, la prévalence des maladies chroniques dues au vieillissement de la population ne cesse d'augmenter. Il s'agit d'un véritable problème majeur de santé publique. Le dépistage systématisé pour certaines maladies chroniques, qui permettrait une prise en charge plus précoce et ainsi une réduction des conséquences (handicap, dépendance, décès), n'est pas suffisamment développé. C'est notamment le cas dans l'insuffisance cardiaque mais aussi dans l'ostéoporose où l'on constate chaque année une baisse d'environ 6 % des ostéodensitométries réalisées.

Aussi, cet amendement propose d'étendre les missions des hôpitaux de proximité afin de soutenir le développement du dépistage de maladies chroniques chez les patients à risques, notamment celles identifiées comme prioritaires dans la stratégie Ma Santé 2022.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	703
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. DAUDIGNY et JOMIER, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 8

Alinéa 9

Après le mot :

réadaptation

insérer les mots :

, des missions de dépistage des maladies chroniques chez les patients à risque

OBJET

En France, la prévalence des maladies chroniques dues au vieillissement de la population ne cesse d'augmenter. Problème majeur de santé publique, le dépistage systématisé pour certaines maladies chroniques, qui permettrait une prise en charge plus précoce et ainsi une réduction des conséquences (handicap, dépendance, décès), n'est pas suffisamment développé, notamment auprès des personnes à risques dans les territoires. C'est notamment le cas dans l'insuffisance cardiaque mais aussi dans l'ostéoporose où l'on constate chaque année une baisse d'environ 6 % des ostéodensitométries réalisées.

Aussi, le présent amendement propose d'étendre les missions des hôpitaux de proximité afin de soutenir le développement du dépistage de maladies chroniques chez les patients à risques, notamment celles identifiées comme prioritaires dans la stratégie Ma Santé 2022.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	95 rect.
----------------	-------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. TEMAL, DURAN et ANTISTE, Mme LEPAGE, MM. MAZUIR et MANABLE,
Mmes PEROL-DUMONT et ARTIGALAS, M. TISSOT, Mmes BLONDIN, Martine FILLEUL et
GHALI, M. Patrice JOLY, Mme CONCONNE, M. TOURENNE et Mme MONIER

ARTICLE 8

I. – Alinéa 9

Supprimer les mots :

ainsi que les activités de soins palliatifs

II. – Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Conformément à la loi n^o 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, les hôpitaux de proximité exercent les activités de soins palliatifs. »

OBJET

Le conseil économique, social et environnemental, dans un avis présenté par M. Pierre-Antoine Gailly, rapporteur au nom de la commission temporaire « Fin de vie », précise que « sur 556 218 décès recensés en France en 2013 dont 518 673 concernaient des personnes de plus de 18 ans, le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) évalue à 60%, soit 311 000 personnes, celles qui auraient eu besoin de soins palliatifs ; dans le même temps, une prise en charge en soins palliatif n'est établie, en l'état actuel des systèmes d'information, que pour environ 71 000 personnes admises en USP et en LISP, ce qui laisse subsister une incertitude quant à la réponse apportée à plus de 75% des malades [...] S'agissant des équipements hospitaliers, la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) relève que 70% des lits en USP étaient en 2012 concentrés dans cinq régions (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur - PACA, Rhône-Alpes, Bretagne, Hauts-de-France) tandis que selon l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) le taux de LISP (dispositif permettant de mettre en place des soins palliatifs dans un service non spécialisé) varierait de 12 pour 1 000 décès dans les huit départements les mieux dotés à moins de 4 pour 1 000 dans certains départements ruraux ».

Aussi, il apparaît essentiel, afin de garantir à chaque patient qui en a besoin, de développer l'offre de soins palliatifs sur l'ensemble du territoire. C'est pourquoi cet amendement entend faire de la question des soins palliatifs une mission à part entière et ouverte dans l'ensemble des hôpitaux de proximité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	217 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme FÉRET, M. TISSOT, Mme JASMIN, MM. VAUGRENARD et MONTAUGÉ,
Mmes TAILLÉ-POLIAN et Gisèle JOURDA, MM. DAUDIGNY, TOURENNE, Jacques BIGOT,
DURAN et COURTEAU, Mmes GUILLEMOT, ARTIGALAS et PEROL-DUMONT, MM. TEMAL et
BÉRIT-DÉBAT, Mme MONIER et M. MAZUIR

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 8

Alinéas 11 à 16

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Cet amendement vise à supprimer les alinéas qui prévoient de déterminer par ordonnance tout ce qui relève de l'organisation territoriale des établissements de santé, en l'espèce des hôpitaux de proximité.

Alors que notre pays est touché par de réelles fractures sociales et territoriales, le Gouvernement ne doit pas être autorisé à faire l'impasse sur le débat parlementaire et à décider seul sur des sujets aussi majeurs que ceux de la carte hospitalière ou des modalités de gouvernance des établissements ayant obtenu le label « hôpital de proximité ».

Nul ne peut ignorer la tendance comptable et centralisatrice qui a permis ces dernières années de réduire l'activité de certains hôpitaux faute de moyens puis, à terme, d'organiser leurs fermetures par manque d'activité. De nouvelles fermetures de maternités, de services d'urgences chirurgicales et, plus largement, d'établissements sont à craindre.

En l'état actuel du texte, trop imprécis, il n'est pas envisageable que le Gouvernement sursoit à débattre avec les parlementaires, représentants du peuple, de tels enjeux de santé publique et d'aménagement du territoire.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	312
----------------	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 8

Alinéa 13

Après le mot :

Déterminer

insérer les mots :

, en concertation avec les associations d'élus locaux et les organisations syndicales,

OBJET

Le présent amendement propose d'associer les associations d'élus locaux et les organisations syndicales à l'élaboration de la liste des établissements de santé de proximité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	218 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme FÉRET, M. TISSOT, Mme JASMIN, MM. VAUGRENARD et MONTAUGÉ,
Mmes TAILLÉ-POLIAN et Gisèle JOURDA, MM. DAUDIGNY, TOURENNE, Jacques BIGOT,
DURAN et COURTEAU, Mmes GUILLEMOT, ARTIGALAS et PEROL-DUMONT, MM. TEMAL et
BÉRIT-DÉBAT, Mme MONIER et M. MAZUIR

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 8

Alinéa 14

Compléter cet alinéa par les mots :

et en rétablissant les élus locaux dans les instances décisionnelles

OBJET

Il s'agit d'un amendement dont l'AMF est à l'origine.

Les élus locaux, pourtant directement concernés et impliqués dans ce qui peut concerner les établissements de santé, notamment au regard de la lutte contre les déserts médicaux, ont perdu avec la suppression des conseils d'administration des hôpitaux, toute responsabilité dans l'organisation stratégique de ces derniers. Ils ne demandent pas à avoir une voix prédominante sur les décisions purement médicales. Il est cependant inconcevable de ne pas reconnaître que les décisions relevant de l'accès aux soins ont aussi systématiquement un impact sur les territoires en termes de transports, de services, d'emploi, d'installation des ménages...

C'est pourquoi, cette question de la gouvernance des hôpitaux de proximité devra être traitée à l'occasion de la rédaction des ordonnances annoncées, qui devront nécessairement être élaborées en concertation avec les associations d'élus.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	174 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

M. KAROUTCHI, Mme BERTHET, MM. BRISSON, CALVET, CHAIZE, CHARON, CHATILLON, CUYPERS, DALLIER, DANESI, DARNAUD, DAUBRESSE et de LEGGE, Mme DEROMEDI, M. DUPLOMB, Mmes DURANTON, EUSTACHE-BRINIO, GARRIAUD-MAYLAM et GRUNY, MM. GUENÉ, KENNEL et LAMÉNIE, Mme LAVARDE, M. LEFÈVRE, Mme Marie MERCIER, MM. REVET, SIDO, VASPART et VOGEL, Mmes RAMOND, BOULAY-ESPÉRONNIER et DUMAS et M. GREMILLET

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 8

Après l'article 8

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les sages-femmes sont habilitées, en équivalence à leurs responsabilités de professionnels de premier recours, à exercer un suivi gynécologique dans un établissement de santé ou un hôpital sous-dotés en effectif gynécologues obstétriciens.

OBJET

Les besoins de la population féminine sont tels que certains établissements sous-dotés en effectif gynécologues obstétriciens se retrouvent démunis de tout suivi de cette spécialité. Afin que les femmes n'aient pas l'obligation de se tourner vers une sage-femme libérale de manière systématique ou un gynécologue en dehors de l'établissement dans lequel elles souhaiteraient être suivies, il est impératif de développer cet exercice pour les sages-femmes et de le faire connaître.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	406 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. SUEUR

et les membres du groupe socialiste et républicain

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 8

Après l'article 8

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet, dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les conditions de création d'un centre hospitalier universitaire à Orléans.

OBJET

Cet amendement vise à demander au Gouvernement d'établir un rapport sur les possibilités de créer un centre hospitalier universitaire (CHU) à Orléans.

En effet, la métropole d'Orléans est l'une des seules en France à ne pas héberger une faculté de médecine dans son centre hospitalier. Actuellement, les médecins en formation du Loiret doivent se tourner vers le CHU de Tours pour compléter leur apprentissage.

Or, la création d'un CHU à Orléans semble aujourd'hui indispensable. En effet, Le Loiret compte aujourd'hui 800 médecins de moins pour 70 000 habitants de plus que l'Indre-et-Loire, ce qui en fait l'un des départements les plus durement touchés par la désertification médicale.

Cette différence entre les deux départements s'explique en partie par la décision prise par nombreux jeunes médecins de s'installer, une fois leurs études terminées, près de leur CHU d'origine. Une récente enquête montre que, sur 1023 médecins en fin d'études, plus de 80 % d'entre eux auraient décidé de s'installer près du CHU dans lequel ils ont effectué leur formation.

Le Nouvel Hôpital d'Orléans, inauguré en 2017, possède un équipement médical de pointe, bénéficiant des dernières innovations technologiques. Avec le CNRS tout proche et ses équipes de recherche uniques en France, l'hôpital universitaire pourrait être immédiatement opérationnel.

La création d'un CHU à Orléans est d'autant plus impérative que les capacités de formation du CHU de Tours sont aujourd'hui arrivées à saturation et qu'il n'est pas prévu dans le présent projet de loi que l'augmentation du numerus clausus puisse bénéficier à la région Centre-Val de Loire.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	320
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 9

Supprimer cet article.

OBJET

L'article 9 habilite le Gouvernement à réformer par ordonnances le régime des autorisations des activités de soins dans une logique de gradations des soins. Outre, ce que nous pensons de cette façon de légiférer, la refonte de la carte hospitalière laisse craindre la fermeture de services de chirurgie et de maternités.

C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	704
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 9

Supprimer cet article.

OBJET

Le présent amendement du groupe socialiste a pour objectif de supprimer l'article 9 qui autorise le gouvernement à légiférer par ordonnance sur les régimes d'autorisations des activités de soins et d'autorisation des activités réalisées dans le cadre des dispositifs de coopération.

Ce champ d'habilitation très large recouvre de nombreux enjeux qui ne sont pas seulement techniques. En effet, il s'agit ici de garantir la sécurité des prises en charge, de favoriser des modes d'organisation plus coopératifs qui prennent en compte l'innovation, mais également de répondre aux enjeux d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. L'hospitalisation à domicile, dont la transformation en activité de soins est soumise à autorisation, n'en est qu'un exemple éloquent.

Soustraire du débat parlementaire une réforme d'une telle ampleur ne nous paraît pas souhaitable. Outre le fait d'envoyer un mauvais signal aux élu-e-s, ce choix ne permet pas d'éteindre certaines inquiétudes dont celles de veiller à ne pas complexifier et désorganiser davantage le système de santé actuel. Car c'est bien la double exigence de qualité et de sécurité des soins qui pourrait en faire les frais.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	761
----------------	-----

28 MAI 2019

AMENDEMENT

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Rejeté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 9

Après l'article 9

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 du code de la santé publique, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Il est établi en différenciant les allocations de ressources et de moyens dévolues aux activités de médecine-chirurgie-obstétrique, de psychiatrie, et de soins de suite et de réadaptation. »

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise à ce que l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses des établissements détaille les financements dédiés aux activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Aujourd'hui, les dotations annuelles de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation sont intégrés, de manière indifférenciée, dans le compartiment hospitalier de l'ONDAM dans la ligne « autres dépenses des établissements de santé ». Selon le principe de non affectation des recettes aux dépenses, elles peuvent donc être « fondues » afin de financer toutes sortes d'activités et de dépenses des établissements, et donc pas uniquement ceux pour quoi elles sont censées être dévolues. Compte tenu des pressions qui pèsent sur l'hôpital, la prise en charge psychiatrique en pâtit lourdement.

Sans compromettre le statut sanitaire de la prise en charge psychiatrique ni sa nécessaire articulation avec les champs MCO et SSR, un compartimentage du compte de résultat

principal en trois volets – MCO, psychiatrie, SSR – fournirait aux autorités de tutelles des établissements de santé la garantie d'une bonne affectation des moyens dans les établissements multi activités.

Une telle mesure, peu complexe à mettre en œuvre dans sa déclinaison opérationnelle, apparaît d'autant plus opportune qu'elle serait de nature à conforter les démarches de rapprochement entre établissements dans des GHT « tous soins », qui apparaissent comme les plus pertinents pour favoriser l'articulation et l'adéquation entre les parcours de vie et de soins des personnes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	319
----------------	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 10

Supprimer cet article.

OBJET

Sans tirer les constats de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur l'offre publique de soins, ce projet de loi entend renforcer l'intégration des hôpitaux dans des GHT.

Depuis la loi Santé de 2016, la mise en place des GHT a conduit à concentrer l'activité hospitalière dans les grosses structures et a fermé les hôpitaux de proximité, ce que constate la Commission d'enquête de 2018 sur l'égal accès aux soins.

Les GHT ont également des impacts importants sur les conditions de travail de personnels hospitaliers.

Parallèlement, le III de cet article habilite le gouvernement à légiférer par ordonnances pour permettre aux GHT d'« approfondir l'intégration de leurs instances représentatives ou consultatives ».

La méthode des ordonnances conduit une fois de plus à sortir du débat parlementaire les enjeux essentiels de cette réforme. Pour toutes ces raisons, nous demandons la suppression de cet article.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	469
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 10

Alinéa 3, première phrase

1^o Remplacer les mots :

peut être

par le mot :

est

2^o Supprimer les mots :

, après accord des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement

OBJET

Cet amendement est destiné à rétablir le caractère systématique de la mise en place des commissions médicales de groupement, rendue facultative à l'occasion d'un amendement adopté en commission des affaires sociales.

Malgré l'ambition politique initiale de créer des GHT pour optimiser les prises en charge des patients dans une logique de gradation, trois ans après la réforme, nombreux sont les médecins hospitaliers à déplorer que les énergies aient pu être majoritairement consacrées à l'optimisation de fonction supports et l'organisation administrative du GHT. L'ambition générale portée par cet article 10 est donc de changer le centre de gravité des GHT, pour prioriser les organisations médicales et soignantes, en réponse aux attentes exprimées par les professionnels hospitaliers.

Cela passe notamment par un changement de la gouvernance médicale.

L'ambition est notamment :

- de rendre plus collective une partie des décisions médicales pour soutenir l'émergence d'une identité médicale de groupe : au-delà des travaux entre établissements sur des filières données, il faut favoriser le sentiment d'appartenance à une communauté de destin pour éviter les réflexes de repli toujours nuisibles à la prise en charge partagée des patients ;

- de renforcer la gouvernance médicale au sein de la gouvernance d'ensemble du GHT : il s'agit de renforcer les attributions des instances médicales et de les repositionner sur un rôle d'intervention et d'action, au-delà du rôle de consultation qu'ont déjà les commissions médicales d'établissement ;

- de faire émerger une fonction de Président de commission médicale de GHT, homologue médical du directeur de l'établissement support : ce partenariat entre le leader médical et le directeur nécessite d'être renforcé, en développant la co-responsabilité pour éviter des situations d'opposition entre ces deux acteurs stratégiques du pilotage des établissements et groupement.

Y renoncer pour préférer le cadre actuel, où les GHT ont déjà le choix entre une commission ou un collège médical, ne paraît pas répondre à l'ambition de remettre les organisations médico-soignantes au cœur de l'action des GHT.

Le modèle cible de cette nouvelle gouvernance médicale n'est pas encore pleinement arrêté. En effet, au-delà de l'intention politique, il s'agit de véritablement co-construire cette cible avec les parties prenantes expertes. C'est la raison pour laquelle une habilitation à légiférer par ordonnance est prévue dans le même article.

Les travaux avec les partenaires (organisations syndicales, associations professionnelles, conférences et fédération hospitalière de France) ont débuté.

Le Ministère teste, dans ces travaux, une méthodologie inédite : plutôt que de partir d'une proposition initiale du Ministère et de conduire une traditionnelle concertation, les partenaires sont appelés à travailler à partir d'une page blanche, dans le cadre d'ateliers intensifs d'une journée, avec des méthodologies inspirées du *design thinking*.

Ce pari de la confiance aux acteurs est aujourd'hui plébiscité par les partenaires représentants les établissements et leurs professionnels. Ils se mobilisent de façon exceptionnelle, sans manquer à l'appel : ce sont plus de 7 journées entières de travail, depuis le début du mois de mars. Tous ont été force de proposition dans les travaux. Aucun des participants n'appelle à ce stade à un retour en arrière, pour revenir à un simple droit d'option comme dans l'amendement adopté en commission des affaires sociales.

Il s'agit donc de prendre en compte la voix des professionnels hospitaliers.

Au-delà du renforcement de la gouvernance médicale, le présent article permet également de mieux associer les élus locaux au pilotage stratégique du GHT. C'est le sens de l'amendement porté par le gouvernement pour élargir les compétences du comité territorial des élus locaux.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	235 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

MM. Alain MARC, CHASSEING et LUCHE, Mme MÉLOT et MM. LAGOURGUE, GUERRIAU et DECOOL

ARTICLE 10

Alinéa 3, dernière phrase

Remplacer les mots :

contribue notamment à l'élaboration de

par les mots :

élabore avec le concours des établissements membres du groupement

OBJET

Cet amendement a pour objet de replacer chacun dans son rôle et ses mission et de confier des responsabilités plus effectives à la CME.

L'élaboration de la politique médicale de qualité et de sécurité des soins doit être réalisée par la commission médicale du groupement avec le concours des établissements (et non l'inverse).



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	670 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme MICOULEAU, M. CHARON, Mme BRUGUIÈRE, M. BONHOMME, Mmes DEROMEDI et GRUNY, MM. GUERRIAU, KAROUTCHI et LAMÉNIE, Mme LAMURE et MM. SAVARY, SIDO et SOL

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 10

Alinéa 4, première phrase

1° Après le mot :

maïeutiques

insérer les mots :

et des psychologues

2° Supprimer les mots :

, parmi les membres des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement

OBJET

Les psychologues ne sont aujourd'hui représentés dans aucune des instances des personnels des établissements publics de santé, ni a fortiori dans celles des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

En effet, les psychologues ne sont pas définis comme une profession médicale représentée par la commission médicale d'établissement, ni comme une profession paramédicale représentée par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.

Cet amendement vise donc à permettre aux psychologues d'être associés à la composition des commissions médicales de GHT, compte tenu du fait qu'ils ne sont représentés par aucune autre instance.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	470
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 10

Alinéa 4, première phrase

Supprimer les mots :

, parmi les membres des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement

OBJET

Cet amendement est destiné à rétablir le texte avant sa modification par la commission des affaires sociales afin de ne pas préempter sur le modèle cible de gouvernance en cours de définition avec les partenaires.

Le modèle cible de cette nouvelle gouvernance médicale n'est pas encore pleinement arrêté. En effet, au-delà de l'intention politique, je souhaite véritablement co-construire cette cible avec les parties prenantes expertes. C'est la raison pour laquelle je sollicite par ailleurs une habilitation à légiférer par ordonnance.

Les travaux avec les partenaires (organisations syndicales, associations professionnelles, conférences et fédération hospitalière de France) ont débuté.

Le Ministère teste, dans ces travaux, une méthodologie inédite : plutôt que de partir d'une proposition initiale du Ministère et de conduire une traditionnelle concertation, les partenaires sont appelés à travailler à partir d'une page blanche, dans le cadre d'ateliers intensifs d'une journée, avec des méthodologies inspirées du *design thinking*.

Ce pari de la confiance aux acteurs est aujourd'hui plébiscité par les partenaires représentants les établissements et leurs professionnels. Ils se mobilisent de façon exceptionnelle, sans manquer à l'appel : ce sont plus de 7 journées entières de travail, depuis le début du mois de mars. Tous ont été force de proposition dans les travaux. Aucun des participants n'appelle à ce stade à un retour en arrière, pour revenir à un simple droit d'option comme dans l'amendement adopté en commission des affaires sociales.

À ce jour, plusieurs partenaires expriment la nécessité de prévoir une part d'élections directes dans les commissions médicales de groupement contrairement à ce qui est porté dans l'amendement adopté en commission des affaires sociales.

Il s'agit donc de prendre en compte la voix des professionnels hospitaliers.

Par respect pour ces travaux déjà engagés, et pour les autres parties prenantes à ces travaux, il est proposé de ne pas intégrer dès à présent dans la loi des éléments épars de ce modèle cible, qui plus est des éléments pas nécessairement consensuels, comme ici, avec des débats très poussés sur ce sujet de la composition des commissions médicales de groupement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	531 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. Patrice JOLY, LOZACH et DELCROS, Mme JASMIN, MM. MANABLE et TOURENNE,
Mme MONIER, MM. MAZUIR et VALLINI et Mmes GRELET-CERTENNAIS, PEROL-DUMONT,
ARTIGALAS et HARRIBEY

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 10

Alinéa 4, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, de l'hôpital et de la médecine de ville

OBJET

Cet amendement vise à intégrer la médecine de ville dans les commissions médicales de groupement pour permettre une meilleure coordination des décisions du GHT avec le territoire dans lequel il exerce ses activités, et en particulier avec les missions assurées par la médecine de ville.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	196 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes DELMONT-KOROPOULIS et BONFANTI-DOSSAT, M. BRISSON, Mmes DEROMEDI et GRUNY et MM. MANDELLI, PIEDNOIR, POINTEREAU et LAMÉNIE

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 10

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la dernière phrase du II de l'article L. 6132-1, après le mot : « les », sont insérés les mots : « commissions médicales des » ;

OBJET

Cet amendement a pour objet de renforcer la médicalisation du projet médical partagé du GHT en confiant expressément son élaboration aux CME du groupement. Ce n'est pas aux administrations hospitalières mais aux équipes hospitalières d'élaborer ensemble un projet médical qui sera effectivement partagé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	398 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. PIEDNOIR, Mmes DEROCHE et BRUGUIÈRE, M. BONNE, Mme ESTROSI SASSONE, M. MEURANT, Mmes DELMONT-KOROPOULIS et Laure DARCOS, M. SAVIN, Mme DEROMEDI, MM. LEFÈVRE et MANDELLI, Mme LAMURE et MM. LAMÉNIE, REVET, BONHOMME, KAROUTCHI et GREMILLET

C	Avis du Gouvernement
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 10

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le III de l'article L. 6132-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette convention d'association définit notamment les modalités selon lesquelles les universités du territoire coopèrent avec les parties au groupement et le centre hospitalier universitaire, au titre des activités prévues au 4° du I de l'article L. 6132-3 et aux activités hospitalo-universitaires prévues au IV du même article L. 6132-3. » ;

OBJET

Cet amendement a pour objet d'associer les universités dans les activités hospitalo-universitaires prévues dans le cadre de l'association entre le groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire. Il prévoit également d'associer les universités dans le cadre de la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement, en lien avec l'universitarisation des formations paramédicales, et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements.

En effet, l'article 10 vient renforcer l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire. Pour apporter un appui complémentaire aux missions des GHT, il est proposé d'associer les universités et permettre d'une part l'appui des disciplines non médicales dans les activités d'enseignement et de recherche et d'autre part d'associer les universités dans la coordination des formations paramédicales du GHT déjà encadrées pédagogiquement par les universités.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	534 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. DECOOL, CHASSEING, BIGNON, CAPUS, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE,
LAUFOAULU, MALHURET et Alain MARC, Mme MÉLOT et MM. MENONVILLE et WATTEBLED

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 10

I. – Alinéa 7

Rédiger ainsi cet alinéa :

a) À la deuxième phrase, les mots : « les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement » sont remplacés par les mots : « le président de la commission médicale du groupement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement, deux représentants du comité territorial des élus locaux désignés dans des conditions fixées par décret » ;

II. – Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les représentants du comité territorial des élus ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement du comité stratégique ne peut être pris en charge par une personne publique.

OBJET

Le présent amendement vise à renforcer le rôle des élus locaux au sein du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire qui constitue l'instance principale de décision.

Les questions liées à l'organisation de l'offre de soins dans les territoires doivent être traitées en concertation avec les élus locaux. Aujourd'hui, ils sont associés aux décisions via leur participation au comité territorial des élus locaux. Le rôle et l'influence de ce comité reste toutefois limités.

Toute décision concernant l'organisation hospitalière a un impact important et direct sur la médecine de ville. Elle peut également avoir des impacts pour le bassin de vie, en termes d'emplois et de transports.

La qualité des soins proposés à l'hôpital doit demeurer le premier critère de maintien, de déplacement ou de suppression d'un service. Cependant, il est également indispensable de prendre en compte l'ensemble des aspects évoqués ci-dessus. Or, ce sont les élus locaux, et notamment les maires, qui sont les plus fins connaisseurs de la situation et des besoins du territoire.

En conséquence, il semble indispensable de leur réserver deux places au sein du comité stratégique du GHT.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	684
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL, MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mme HARRIBEY, M. LUREL, Mme BLONDIN, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mmes GHALI et Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 10

Alinéa 7

Compléter cet alinéa par les mots :

deux représentants du conseil territorial des élus locaux désignés dans des conditions fixées par décret

OBJET

Cet amendement, dont l'AMF est à l'origine, propose de renforcer le rôle des élus locaux au sein des conseils stratégiques des GHT.

Les questions liées à l'organisation de l'offre de soins dans les territoires ne peuvent se traiter sans les élus aujourd'hui cantonnés au sein du comité territorial des élus locaux, instance consultative dont le rôle et l'influence sont limités.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	663 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GOLD, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. REQUIER, ROUX et VALL

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 10

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le d du 5^o du II de l'article L. 6132-2 est complété par deux phrases ainsi rédigées :
« Il se prononce sur la stratégie du groupement hospitalier de territoire. Il donne notamment un avis sur le projet médical partagé, le projet de soins partagé ainsi que les conventions de partenariat et d'association entre le groupement hospitalier de territoire et des établissements non parties au groupement. » ;

OBJET

A ce stade de la mise en œuvre de la réforme des GHT, il apparaît nécessaire de renforcer le rôle des élus locaux.

Le présent amendement a pour objet de compléter les prérogatives du comité territorial des élus locaux afin de l'associer plus étroitement à la stratégie de prise en charge du GHT. Pour ce faire, il est proposé que le comité territorial des élus locaux puisse donner un avis sur le projet médical partagé, le projet de soins partagé et les conventions de partenariat et d'association entre le GHT et les autres établissements du territoire.

Ces nouvelles compétences, avec un rôle d'avis, viennent compléter le rôle d'évaluation dont dispose déjà ce comité, avec le droit de suite dont il dispose à ce titre.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	535 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. DECOOL, CHASSEING, BIGNON, CAPUS, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE,
LAUFOAULU, MALHURET et Alain MARC, Mme MÉLOT et MM. MENONVILLE et WATTEBLED

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 10

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le d du 5^o du II de l'article L. 6132-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est consulté sur la mise en œuvre du projet médical partagé. » ;

OBJET

Cet amendement vise à renforcer les prérogatives du comité territorial des élus locaux en prévoyant sa consultation par le comité stratégique dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical partagé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	321
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 10

Alinéas 9 et 10

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Sans évaluer les conséquences de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) sur l'offre publique de soins et les conditions de travail des personnels, ce projet de loi entend renforcer l'intégration des hôpitaux dans des GHT en mutualisant de nouveaux services comme les ressources humaines.

Le rapport du HCAAM de 2018 signale par ailleurs qu'aucune évaluation n'a été faite depuis en dépit de dysfonctionnements importants. C'est pourquoi nous demandons la suppression de ces dispositions par cet amendement de repli.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	471
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 10

Alinéa 9

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

3^o Le I de l'article L. 6132-3 est complété par un 5^o ainsi rédigé :

« 5^o La gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en cohérence avec la stratégie médicale du groupement élaborée avec le concours de la commission médicale de groupement. »

OBJET

Cet amendement est destiné à rétablir le caractère systématique de la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques dans le cadre des GHT, rendue facultative à l'occasion d'un amendement adopté en commission des affaires sociales.

Malgré l'ambition politique initiale de créer des GHT pour optimiser les prises en charge des patients dans une logique de gradation, trois ans après la réforme, nombreux sont les médecins hospitaliers à déplorer que les énergies aient pu être majoritairement consacrées à l'optimisation de fonction supports et l'organisation administrative du GHT.

L'ambition générale portée par cet article 10 est donc de changer le centre de gravité des GHT, pour prioriser les organisations médicales et soignantes, en réponse aux attentes exprimées par les professionnels hospitaliers.

Cela passe par la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales.

L'ambition est notamment de garantir que :

- les GHT n'auront plus de pratiques concurrentielles entre eux : en situation de tension sur la démographie médicale, des établissements partageant pourtant la même

stratégie médicales sont amenés à se faire concurrence sur le recrutement des médecins de certaines spécialités dans une logique d'enchère sur la rémunération (pratiques de dumping) ;

- les GHT favoriseront la mise en place d'équipes médicales de territoire grâce à une gestion unifiée : avoir la même application des règles sur le temps de travail, sur la rémunération est la garantie de pouvoir faire travailler ensemble des professionnels issus de différents établissements ;

- les GHT permettront d'augmenter la visibilité et les opportunités de déroulement de carrière aux praticiens pour améliorer l'attractivité des postes : trop de praticiens quittent les établissements publics, ou même le territoire, par défaut de visibilité sur les perspectives de carrière au sein des établissements voisins.

Y renoncer pour préférer un simple droit d'option, ne paraît pas répondre à l'ambition de remettre les organisations médico-soignantes au cœur de l'action des GHT.

Le modèle cible de la gestion des ressources humaines médicales au sein du GHT n'est pas encore pleinement arrêté. En effet, au-delà de l'intention politique, je souhaite véritablement co-construire cette cible avec les parties prenantes expertes. C'est la raison pour laquelle une habilitation à légiférer par ordonnance est prévue dans le même article.

Les travaux avec les partenaires (organisations syndicales, associations professionnelles, conférences et fédération hospitalière de France) ont débuté.

Les services du Ministère testent, dans ces travaux, une méthodologie inédite : plutôt que de partir d'une proposition initiale du Ministère et de conduire une traditionnelle concertation, les partenaires sont appelés à travailler à partir d'une page blanche, dans le cadre d'ateliers intensifs d'une journée, avec des méthodologies inspirées du *design thinking*.

Ce pari de la confiance aux acteurs est aujourd'hui plébiscité par les partenaires représentant les établissements et leurs professionnels. Ils se mobilisent de façon exceptionnelle, sans jamais manquer à l'appel : ce sont plus de 7 journées entières de travail, depuis le début du mois de mars. Tous ont été force de proposition dans les travaux.

Aucun des participants n'appelle à ce stade à un retour en arrière, pour revenir à un simple droit d'option comme dans l'amendement adopté en commission des affaires sociales.

Il s'agit donc de prendre en compte la voix des professionnels hospitaliers.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	197 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes DELMONT-KOROPOULIS et BONFANTI-DOSSAT, M. BRISSON, Mmes DEROMEDI et GRUNY et MM. MANDELLI, PIEDNOIR et LAMÉNIE

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 10

Alinéa 9

Remplacer le mot :

cohérence

par le mot :

conformité

OBJET

Cet amendement a pour objet de renforcer la prévention d'une dérive bureaucratique déconnectée des réalités de la prise en charge médicale. Les décisions de gestion des ressources médicales doivent être conformes à la stratégie médicale du groupement et pas simplement cohérentes avec cette stratégie. Cette mention pourrait en effet permettre au directeur d'établissement de s'abriter derrière une absence d'incohérence pour prendre des décisions, sans fondement médical.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	403 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. DARNAUD et GENEST, Mme BRUGUIÈRE, MM. Daniel LAURENT, CHARON et COURTIAL, Mmes NOËL et IMBERT, MM. SEGOUIN, POINTEREAU, BAZIN et SAURY, Mme LAMURE et MM. BOUCHET, DUFAUT et MAGRAS

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 10

Après l'alinéa 9

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le II de l'article L. 6132-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut déléguer la gestion des pôles inter-établissements à un des établissements parties à la convention constitutive par voie d'avenant. Cette délégation est révocable selon des modalités prévues par la convention constitutive. » ;

OBJET

La loi n^o 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), qui ont pour conséquence la mise sous tutelle des centres hospitaliers non support. Ces centres hospitaliers s'inquiètent d'une perte d'autonomie évidente et des conséquences de la convergence annoncée des moyens vers les hôpitaux supports des GHT.

Or, certains établissements parties à un groupement ont la gestion d'un équipement lourd et/ou d'une activité avec une prééminence certaine par rapport aux moyens alloués à l'établissement support. Ces établissements membres du groupement peuvent décider de la constitution d'un pôle inter-établissements géré par l'établissement support selon l'article L. 6132-3 du code de la santé publique.

Cependant, dans la mesure où les établissements sont tous différents et avec des spécialités bien définies l'efficacité réclame d'orienter la concentration des moyens par pôle vers les centres d'excellence.

C'est pourquoi l'objet du présent amendement est de permettre par voie d'avenant, avec l'accord express de l'établissement support, de gérer par délégation un pôle

inter-établissements afin de recentrer des moyens sur l'établissement qui a depuis longtemps développé une expertise sur le domaine.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	472
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 10

Alinéa 14

Rétablir cet alinéa dans la rédaction suivante :

« 2^o Élaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques par dérogation aux 4^o et 5^o de l'article L. 6143-7 ;

OBJET

La mesure vise à rétablir le droit d'option permettant aux établissements membres d'un GHT volontaires, de présenter un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques, permettant d'assurer à un niveau plus intégré, la cohérence des investissements de l'ensemble des membres avec le projet médical du groupement. Cette mesure est basée sur le principe du volontariat de l'établissement support et des établissements parties au GHT.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N°	278
----	-----

27 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 10

Alinéas 16 à 26

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Cet amendement de repli vise à supprimer l'habilitation visant la fusion des instances représentatives ou consultatives des établissements.

Alors même que le personnel hospitalier, médical et non médical est au bord de l'épuisement, supprimer les derniers lieux de discussion de proximité serait générateur de maltraitance institutionnelle.

Pour cette raison, les auteurs demandent la suppression de ces alinéas et par conséquent le maintien des instances représentatives et consultatives des établissements, y compris dans les groupements hospitaliers de territoire.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	261 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. BONNE, DARNAUD et GENEST, Mme RAMOND, MM. VASPART, POINTÉREAU, MORISSET et HENNO, Mme SOLLOGOUB, MM. HOUPERT et COURTIAL, Mme FÉRAT, M. Daniel LAURENT, Mme LAMURE, MM. SIDO et MANDELLI, Mmes DEROCHE et BRUGUIÈRE, M. BRISSON, Mme VULLIEN, MM. BONNECARRÈRE et Jean-Marc BOYER, Mme BERTHET, MM. SAVARY et BASCHER, Mme PUISSAT, MM. CHARON et PIEDNOIR, Mmes RAIMOND-PAVERO et LASSARADE, MM. Bernard FOURNIER, VOGEL, MOGA, BOULOUX, MOUILLER et CUYPERS, Mme GRUNY, M. CHAIZE, Mmes DEROMEDI, Marie MERCIER et VERMEILLET, M. SOL et Mme Laure DARCOS

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 10

Après l'article 10

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le VII de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être associés au projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire auxquels ils ne sont pas parties. »

OBJET

Cet amendement vise à permettre aux EHPAD publics d'être associés à l'élaboration du projet médical partagé des GHT. Le texte législatif actuel ne prévoit pour eux que la possibilité d'être partie au GHT, ce qui peut être doublement dissuasif, du côté des EHPAD comme des hôpitaux.

Les EHPAD sont en effet réticents à intégrer une structure perçue à juste titre comme dominée par l'hôpital. De plus, la mutualisation des fonctions support liée à l'intégration au GHT en tant qu'établissement partie peut contraindre à renoncer à travailler avec le secteur économique local.

De leur côté, les directeurs d'hôpitaux ne sont pas forcément favorables à une position qui pourrait être dominante pour les EHPAD dans les instances du GHT en raison du nombre d'établissements potentiellement concernés.

Or, il est essentiel que la réflexion des GHT sur les filières gériatriques soit partagée avec les EHPAD publics du territoire. C'est pourquoi il est proposé d'associer les EHPAD publics à l'élaboration du projet médical partagé du GHT sans qu'ils en soient nécessairement parties.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	740 rect.
----------------	--------------

31 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. SUEUR, JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE, Sylvie ROBERT et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 10 BIS A

Après l'article 10 bis A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet, dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les conditions de travail des personnels travaillant au sein des services d'accueil et d'urgences.

OBJET

Dans les hôpitaux, les personnels des services d'accueil des urgences prennent en charge les nouveaux patients. Ils sont les premiers à effectuer un bilan sur la pathologie des arrivants dans l'hôpital, ce qui peut les exposer à des risques non négligeables lorsque les patients souffrent d'une maladie infectieuse ou psychiatrique.

Ils doivent également faire face à la hausse de la fréquentation ainsi que la diminution des lits d'aval. Selon une enquête nationale conduite par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la fréquentation annuelle des services d'urgences a atteint 20,3 millions de passages en 2015, soit 42 % de plus qu'en 2002, et 3 % de plus qu'en 2014. Ainsi que l'a indiqué la DREES, cette progression générale « va bien au-delà des seuls besoins liés à l'évolution démographique de la population française », ce qui tend à indiquer qu'il n'y a aucune raison pour qu'elle ralentisse spontanément au cours des prochaines années. Cette augmentation de flux s'effectue sans réévaluation des moyens des soignants qui doivent supporter une charge de travail de plus en plus lourde.

Cette tendance est très fortement marquée par le renforcement de la demande sociale dans les hôpitaux, une part non négligeable des patients accueillis étant en très grande précarité. Les soignants accueillent aux urgences une part importante de la population en détresse sociale, ce qui nécessite une prise en charge spécifique.

Ils sont également en première ligne face à la recrudescence de la violence, autant verbale que physique, envers les soignants. L'attente aux urgences combinée à l'angoisse ressentie par les patients ainsi que leurs proches provoquent une certaine incompréhension qui se transforme souvent en agressivité, que les personnels des services d'accueil des urgences doivent être en mesure de gérer. Certaines de ces agressions peuvent entraîner des incapacités temporaires de travail pour les soignants.

Malgré la gestion de toutes ces difficultés, les personnels des services d'accueil des urgences peinent à faire reconnaître la spécificité du travail paramédical aux urgences. En effet, la gestion de la violence, la polyvalence de l'exercice, le manque de lits d'aval, l'augmentation de l'activité sont autant de points qui montrent la difficulté de leur activités, les qualités qu'elle requiert pour les gérer et justifient donc d'une reconnaissance spécifique.

C'est pourquoi le présent amendement du groupe socialiste propose que le Gouvernement s'empare de ce sujet et établisse un bilan sur les conditions de travail de cette profession qui n'est aujourd'hui pas reconnue et valorisée malgré ses spécificités.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	706
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Défavorable
G	
Retiré	

ARTICLE 10 BIS

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'existence de cette commission et les moyens de la saisir sont mentionnés sur les documents d'accueil remis aux patients ou aux usagers de l'établissement. »

OBJET

Afin de garantir les droits des usagers, et de renforcer l'opposabilité des droits des patients dans les établissements de santé, il est nécessaire de renforcer l'information autour des commissions des usagers.

Tel est l'objet du présent amendement du groupe socialiste.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	279
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 10 TER (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le cinquième alinéa de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est également composé d'un collège composé de parlementaires, le sénateur et le député dont la circonscription d'élection est le siège de l'établissement principal. »

OBJET

L'article 10 ter adopté à l'Assemblée nationale, permet aux parlementaires de participer au conseil de surveillance, avec voix consultative.

Les auteurs de l'amendement proposent de revenir sur la rédaction de l'Assemblée nationale prévoyant que le député et le sénateur de la circonscription fassent partie de la composition du conseil de surveillance, et de créer un 4ème collège, pour que les parlementaires aient par conséquent, une voix délibérative, à l'instar des membres des 3 autres collèges.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	467
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 10 TER (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après le huitième alinéa de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le sénateur, désigné par le Sénat, et le député dont la circonscription d'élection est le siège de l'établissement principal peuvent participer au conseil de surveillance avec voix consultative. »

OBJET

Lors de l'examen en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, plusieurs parlementaires ont exprimé leur souhait que les députés soient intégrés en tant que membres avec voix consultative au sein des conseils de surveillance des hôpitaux publics, afin de leur permettre de répondre au besoin, légitime, de développer leur mission d'évaluation des politiques publiques et de mieux appréhender les problématiques de santé et leur articulation avec les autres enjeux d'aménagement des territoires. L'article 10 ter adopté en première lecture à l'Assemblée nationale permet d'intégrer cette demande et d'étendre cette faculté à l'ensemble des parlementaires en incluant les sénateurs.

En effet, les établissements publics de santé sont essentiels dans la structuration des équipements publics de proximité et les problématiques de santé relèvent d'une politique publique dont les objectifs sont déterminés par la loi dans l'intérêt général.

Le conseil de surveillance des établissements de santé se prononçant sur les orientations stratégiques de l'établissement, il constitue de fait la principale instance dans laquelle un parlementaire pourrait prendre place à titre consultatif, et ainsi être informé et participer aux enjeux qui y sont discutés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	804
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 10 QUATER

Alinéa 2

Supprimer le mot :

et

OBJET

Correction rédactionnelle



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	473
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 10 QUINQUIES

Supprimer cet article.

OBJET

La loi HPST de 2009 a transformé les conseils d'administration des établissements publics de santé en conseil de surveillance, repositionnant ainsi le rôle de cette instance.

Ainsi le conseil de surveillance, est informé sur l'EPRD et le programme d'investissement et délibère sur les résultats financiers de l'établissement. Il dispose par ailleurs d'un pouvoir d'information générale : « à tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission ».

Enfin, l'article 10 *quater* du projet de loi indique également que « le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents stratégiques et financiers préparatoires et décisionnels nécessaires à l'accomplissement des missions du conseil ».

Pour autant, la responsabilité sur la gestion financière de l'établissement et la politique d'investissement a été clairement confiée au directeur dans le cadre du directoire.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	721 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 10 QUINQUIES

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le treizième alinéa du même article L. 6143-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les projets de constitution ou de participation à une des formes de coopération prévues aux chapitres II et IV du titre III du livre I^{er} de la présente partie. »

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise à ce que le conseil de surveillance soit informé des projets de coopération territoriale, en particulier ceux à caractère stratégique, mis en œuvre par l'établissement avec d'autres organismes ayant une activité dans le domaine de la santé et notamment avec d'autres établissements de santé publics ou privés.

Cette proposition est en accord avec les objectifs du plan santé 2022 visant à renforcer la coordination territoriale au service des patients.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	156 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Rejeté	

MM. VASPART, LONGEOT, BIZET, RAISON et MANDELLI, Mme MORHET-RICHAUD,
MM. DUPLOMB, PERRIN, PELLELAT, NOUGEIN, Daniel LAURENT, del PICCHIA, PAUL et
REVEL, Mmes TROENDLÉ et DEROMEDI, M. SOL, Mmes GRUNY et Anne-Marie BERTRAND,
MM. GENEST et DARNAUD, Mmes RAIMOND-PAVERO, GARRIAUD-MAYLAM et CHAUVIN,
MM. MEURANT, BRISSON, PRIOU, Bernard FOURNIER, RAPIN et Jean-Marc BOYER,
Mmes LANFRANCHI DORGAL et LAMURE et MM. SEGOUIN et GREMILLET

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 10 QUINQUIES

Après l'article 10 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au dixième alinéa de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, les mots : « donne son avis » sont remplacés par les mots : « délibère également ».

OBJET

Le Conseil de surveillance des établissements hospitaliers créé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » (HPST), est dépourvu de tout pouvoir d'action.

Confirmation en est donnée par le rapporteur au Sénat, à l'article 5 du projet de loi : « On peut douter que, telles que les définit le projet de loi, les compétences du conseil de surveillance lui permettent, de façon satisfaisante, d'influencer la stratégie de l'établissement ou de contrôler sa gestion ».

Avec cet amendement il est proposé de redonner du pouvoir aux élus qui doivent être en mesure de délibérer sur les décisions qui engagent l'avenir et l'organisation de l'établissement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	322
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 11

Supprimer cet article.

OBJET

Cet article crée une Plateforme des données de santé, qui se substitue à l'Institut national des données de santé tout en élargissant ses missions. Elle aura notamment pour rôle de réunir, organiser et mettre à disposition les données du système national des données de santé.

Présentée comme une meilleure utilisation et une multiplication des possibilités d'exploitation des données de santé, aussi bien en recherche clinique, qu'en termes de nouveaux usages, notamment ceux liés au développement des méthodes d'intelligence artificielle, ce système national des données de santé ouvre la boîte de pandore à l'utilisation aux acteurs privés.

Les risques en matière de protection des données des patient.e.s sont trop importants par rapport aux garanties proposées par le texte.

Pour ces raisons nous demandons la suppression de cet article.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	33 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. BONNE et HENNO, Mmes MALET, Marie MERCIER, PUISSAT et BONFANTI-DOSSAT, M. BASCHER, Mmes DEROCHÉ, DEROMEDI, BRUGUIÈRE et ESTROSI SASSONE, M. Bernard FOURNIER, Mme CHAUVIN, M. HUGONET, Mme GRUNY, MM. GENEST, KAROUTCHI, Daniel LAURENT, LAMÉNIE, LEFÈVRE, MANDELLI, MAYET, MORISSET, MOUILLER, PELLEVAL, PERRIN, RAISON, SAVARY, SAURY, VOGEL et CUYPERS, Mme IMBERT, MM. BOULOUX, CHARON, SIDO et Jean-Marc BOYER et Mme LAMURE

ARTICLE 11

Au début de cet article

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le premier alinéa du I de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces conditions ne s'appliquent pas dans le cas où l'hébergement des données de santé à caractère personnel fait l'objet d'un transfert ou d'une convention conclue entre plusieurs personnes morales de droit public dont l'une assure la tutelle administrative et financière des autres. »

OBJET

La rédaction actuelle du code de la santé publique contraint ces collectivités à obtenir une certification à l'hébergement de données de santé lorsque cet hébergement est le fruit d'une convention constitutive (comme c'est le cas des conseils départementaux hébergeant les données des MDPH) ou d'un transfert décidé par délibération (comme c'est le cas des communes hébergeant les données des CCAS).

Cette obligation :

- contrevient manifestement à l'esprit initial de la loi Touraine de janvier 2016 qui entendait réserver l'obligation de certification aux personnes morales de droit privé hébergeant pour le compte de tiers (les textes réglementaires d'application allant même jusqu'à définir une relation contractuelle entre l'hébergeur et son client) ;
- expose potentiellement ces collectivités à des sanctions pénales alors même que l'hébergement des données de santé à caractère personnel correspond à leur mission de service public.

C'est pourquoi il est proposé de les exonérer du champ de l'obligation de certification.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)
(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	468
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 11

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

, lorsque ces données sont appariées avec les données mentionnées aux 1^o à 6^o du présent I

OBJET

Les données relatives à la perte d'autonomie évaluée à l'aide de la grille mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ne sont pas des données de santé par nature. Il est donc proposé de ne les intégrer au système national des données de santé (SNDS) que lorsqu'elles sont appariées avec les données mentionnées aux 1^o à 6^o composant le SNDS. À défaut, il faudrait imposer à toutes ces données toutes les obligations qui pèsent sur le SNDS et donc notamment le référentiel de sécurité particulièrement lourd et contraignant, ce qui risque de limiter leur usage.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	805
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 11

Alinéa 20

Remplacer la référence :

article 79

par la référence :

article 36

OBJET

Amendement de cohérence rédactionnelle



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	806
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 11

I. – Alinéa 26

Après les mots et les signes :

et les mots : «

insérer les mots :

la procédure définie

II. – Alinéa 39

Supprimer cet alinéa.

OBJET

Amendement rédactionnel



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	324
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 11

Alinéa 48

Après les mots :

constitué entre

insérer les mots :

l'Assurance maladie,

OBJET

Cet amendement de repli vise à maintenir une présence de l'Assurance maladie dans la future Plateforme des données de santé dans la mesure où c'est elle qui assure la mission, essentielle, de collecte des données.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	219 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Retiré	

Mmes BERTHET et LASSARADE, MM. MEURANT et SOL, Mmes BONFANTI-DOSSAT et BRUGUIÈRE, M. Bernard FOURNIER, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et GRUNY, M. MANDELLI, Mme NOËL, M. PELLELAT, Mme PUISSAT, MM. Jean-Marc BOYER et BONHOMME, Mme DEROCHE, MM. DUPLOMB et LAMÉNIE, Mme LAMURE et M. SIDO

ARTICLE 11

Alinéa 48

Après les mots :

système de santé,

insérer les mots :

des représentants des professionnels de santé,

OBJET

Cet article définit, dans son premier alinéa, la composition du futur groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé ». Actuellement, la composition est la suivante : « L'État, les organismes assurant une représentation des malades et des usagers du système de santé, des producteurs de données de santé et des utilisateurs publics et privés de données de santé, y compris des organismes de recherche en santé ».

Les professionnels de santé ont successivement été membres de l'Institut des données de santé puis de l'Institut national des données de santé.

Aussi, cet amendement prévoit que les professionnels de santé soient membres de la future « Plateforme des données de santé », au côté notamment de la représentation des patients.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	649 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY et GUÉRINI, Mme JOUVE et MM. REQUIER et VALL

C	Favorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 11

Alinéa 48

Après les mots :

système de santé,

insérer les mots :

des représentants des professionnels de santé,

OBJET

Cet amendement rend explicite la représentation des professionnels de santé dans la composition du futur groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé », au côté notamment des représentants des patients.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N°	280
----	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 11

Alinéa 48

Supprimer les mots :

et privés

OBJET

Les auteur.e.s de l'amendement considèrent que le groupement d'intérêt public qui est créé à l'article 11 et dénommé "Plateforme des données de santé" ne doit pas comporter d'utilisateurs privés.

Les données de santé sont un sujet extrêmement sensible, il convient de s'assurer d'une certaine maîtrise publique.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	323
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 11

Alinéa 48

Après le mot :

privés

insérer les mots :

à des fins non commerciales

OBJET

Cet amendement de repli vise à sécuriser la composition du groupement d'intérêt public (GIP) chargé de la gestion et de la mise en œuvre de la plateforme des données de santé. Il précise que les utilisateurs publics et privés de données de santé qui composent le GIP limitent leur usage des données à des fins non commerciales (recherche en santé).



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	399 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. PIEDNOIR, Mmes DEROCHÉ et BRUGUIÈRE, M. BONNE, Mme ESTROSI SASSONE, M. MEURANT, Mme Laure DARCOS, MM. SAVIN, PERRIN et RAISON, Mme DEROMEDI, MM. LEFÈVRE et MANDELLI, Mme LAMURE et MM. LAMÉNIE, REVET, BONHOMME, KAROUTCHI et GREMILLET

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 11

Alinéa 48

Après le mot :

compris

insérer les mots :

les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel et

OBJET

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

Afin de favoriser l'utilisation et de multiplier les possibilités d'exploitation des données de santé, aussi bien en recherche clinique, qu'en termes de nouveaux usages, notamment ceux liés au développement des méthodes d'intelligence artificielle, l'article 10 du projet de loi prévoit que le système national des données de santé soit enrichi de l'ensemble des données collectées lors des actes pris en charge par l'assurance maladie. Cette avancée positionnera la France parmi les pays en pointe en termes de structuration des données de santé, tout en préservant un haut niveau de protection de la vie privée. Il convient pour promouvoir l'innovation et la recherche d'associer l'ensemble des forces de recherche, dont les universités, au sein du Groupement d'intérêt public coordonnera l'ensemble de ces missions.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	563
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS,
Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT,
KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIH, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD,
Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 11

I. – Alinéas 53, 72, 73 et 77

Remplacer le mot :

éthique

par les mots :

d'intérêt public

II. – Alinéa 78, première phrase

Supprimer le mot :

, éthiques

OBJET

S'agissant des recherches, études et évaluation n'impliquant pas la personne humaine dans le domaine de la santé, l'avis donné par le comité d'expertise en amont de l'autorisation de la CNIL doit principalement porter sur la qualité scientifique du projet et sur son caractère d'intérêt public. Ce dernier point est notamment indispensable pour assurer la conformité du traitement au RGPD. Pour éviter la confusion et insister sur le rôle du comité en termes d'intérêt public, il est proposé de renommer le « comité éthique et scientifique pour les recherches, les études, et les évaluations dans le domaine de la santé » en « comité d'intérêt public et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé ». Cette dénomination est plus cohérente avec les missions du comité et met l'accent sur la question majeure de l'intérêt public.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	124 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Retiré	

Mme DEROCHE, M. PIEDNOIR, Mme Laure DARCOS, M. BRISSON, Mme MICOULEAU, MM. DALLIER, SOL, VOGEL et MORISSET, Mme PUISSAT, M. PANUNZI, Mmes GRUNY et DEROMEDI, M. BAZIN, Mme BRUGUIÈRE, M. LONGUET, Mmes IMBERT, BONFANTI-DOSSAT et LASSARADE, MM. PAUL, del PICCHIA, REVET et SAVARY, Mme Marie MERCIER, M. Daniel LAURENT, Mmes PROCACCIA et TROENDLÉ, M. MOUILLER, Mme GARRIAUD-MAYLAM, M. MANDELLI, Mme CHAUVIN, MM. BONNE et PIERRE, Mme DELMONT-KOROPOULIS, M. GENEST, Mme ESTROSI SASSONE, M. RAPIN, Mmes BERTHET, Anne-Marie BERTRAND et LAMURE et M. LAMÉNIE

ARTICLE 11

I. – Alinéa 56

Après les mots :

contribuer à

insérer les mots :

définir et

et après les mots :

standardisation pour

insérer les mots :

la production,

II. – Après l'alinéa 57

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° De conclure une ou plusieurs conventions nationales avec une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes, visant à définir les modalités selon lesquelles les professionnels de santé représentés par ces organisations syndicales seront incités à produire et fournir au groupement d'intérêt public certaines données de santé en respectant les normes de standardisation établies par le groupement d'intérêt public.

OBJET

Afin d'assurer le succès de la Plateforme des données de santé, il est nécessaire de permettre le suivi en vie réelle de l'utilisation de certaines thérapies innovantes.

L'amendement proposé vise d'une part à permettre à la Plateforme des données de santé, en collaboration avec les acteurs adéquats, de participer à la définition des normes de standardisation notamment en matière de production de données de santé lorsque cela est pertinent, tout en veillant à ce que celles-ci soient compatibles avec les normes européennes et internationales.

D'autre part, cet amendement vise à permettre à la Plateforme des données de santé de conclure des conventions nationales avec les organismes pertinents afin d'inciter les professionnels de santé à produire et fournir ces données, notamment par le biais des registres adéquats, en respectant les normes de standardisation définies par la Plateforme.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	650 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND, CABANEL, CASTELLI et CORBISEZ, Mme Nathalie DELATTRE, M. GABOUTY, Mme JOUVE et MM. LÉONHARDT, REQUIER et VALL

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 11

Après l'alinéa 56

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les données de santé traitées par ce groupement d'intérêt public sont accessibles aux fédérations hospitalières de tout statut. »

OBJET

Ce projet de loi est porteur d'ambitions pour la santé numérique. Il veut rompre avec la logique de close data qui a longtemps prévalu.

Dans cet esprit, il convient de veiller à ce que les fédérations hospitalières de tous statuts aient accès aux données de santé traitées par la plateforme ainsi créée, pour permettre une politique d'open data dynamique, qui permette l'ouverture des échanges, facteur de développement de l'innovation, tout en sécurisant les données.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	722 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme GRELET-CERTENAIS, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mme JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 11

Alinéas 68 et 69

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Le Groupe Socialiste n'estime pas opportun de faire une exception au contrôle de la CNIL pour les traitements de données de santé mises en œuvre par l'État dans le cadre de l'évaluation des politiques publiques de santé ou à des fins statistiques, et ce d'autant plus que l'État peut faire appel à des sous-traitants pour ce faire.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	780 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mme IMBERT, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mmes MALET et GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROCHÉ et RICHER, MM. Daniel LAURENT et SAVARY, Mme LASSARADE, M. MOUILLER, Mme GRUNY, M. GREMILLET et Mme MORHET-RICHAUD

ARTICLE 11

Alinéas 68 et 69

Supprimer ces alinéas.

OBJET

La section 3 du chapitre III de la loi n^o 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés dans sa rédaction issue de l'ordonnance n^o 2018-1125 du 12 décembre 2018 porte sur les traitements de données à caractère personnel dans le domaine de la santé. L'article 65 liste les traitements exclus du champ d'application de la section.

L'article 11 XI 1^o bis complète la liste des exclusions par « les traitements mis en œuvre par l'État aux fins de conception, de suivi ou d'évaluation des politiques publiques dans le domaine de la santé ainsi que ceux réalisés aux fins de collecte, d'exploitation et de diffusion des statistiques dans ce domaine ».

Rien ne justifie l'octroi à l'État, dans le cadre de l'exploitation des données du Système national des données de santé, d'une exception à l'application de la section 3 susmentionnée. Les exigences issues de cette section 3, en particulier l'obligation de demander l'autorisation de la Commission Nationale Informatique et Libertés, ont été maintenues suite à l'entrée en application du Règlement général sur la protection des données eu égard à la sensibilité des données.

L'État comme tous les autres acteurs doit se soumettre à ces exigences qui constituent des garanties pour les droits et libertés des personnes concernées.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	723 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme GRELET-CERTENAIS, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mme JASMIN, M. KANNER,
Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine
FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et
BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET,
Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et
LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie
ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 11

Alinéa 90

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

XIV. – Un décret institue un comité de suivi chargé d'évaluer l'application du présent article. Ce comité, composé à parité d'hommes et de femmes, comprend notamment deux députés et deux sénateurs, désignés par les commissions compétentes en matière d'affaires sociales de leurs assemblées respectives, un représentant de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, un représentant d'association d'utilisateurs du système de santé. Ses membres ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de ce comité ne peut être pris en charge par une personne publique.

Il transmet chaque année au Parlement un rapport sur ses travaux, qui donne lieu à un débat dans chaque assemblée.

OBJET

Les modalités de création et de gestion du *health data hub* ou « plateforme des données de santé » ne sont pas suffisamment encadrées par le projet de loi.

Celui-ci fixe un cadre très général devant permettre au gouvernement d'avancer sur ce dossier selon une démarche d'incrémentation, d'essais/erreurs, sauf que notre cadre législatif ne permet pas un contrôle parlementaire en continu de la démarche sur un sujet aussi sensible et convoité commercialement que les données de santé.

C'est pourquoi le groupe socialiste souhaite remplacer le rapport bilan d'efficacité du nouveau GIP par un comité de suivi ad hoc composé notamment de parlementaires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	448
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LUREL

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 11

Après l'article 11

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o L'article L. 1111-8 est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Nul ne peut solliciter d'une personne physique l'accès à ses données de santé à titre de contrepartie à la conclusion d'un contrat ou l'octroi d'un avantage. Le manquement à cette obligation est puni des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal. » ;

2^o Après l'article L. 1460-1, il est inséré un article L. 1460-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1460-... – Les données de santé à caractère personnel recueillies à titre obligatoire et destinées aux services ou aux établissements publics de l'État ou des collectivités territoriales ou aux organismes de sécurité sociale ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial. »

OBJET

Cet amendement vise à empêcher la marchandisation des données de santé : celles-ci doivent être exclusivement utilisées à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation présentant un intérêt public.

Le I. du présent amendement vise à sécuriser la communication des données de santé et à protéger le droit au respect de la vie privée des individus qui en sont les propriétaires. En l'état actuel du droit, il apparaît que rien n'empêche de communiquer ses données à une personne morale dans un but médical, sanitaire, mutualiste ou assurantiel lorsque cela constitue le fondement de la relation contractuelle. Le I. interdit ainsi ce type de pratiques commerciales.

Si la loi informatique et libertés de 1978 consacre le principe d'indisponibilité des données de santé et donc leur « non-commercialisation », le II. du présent amendement cherche à clarifier le droit en la matière en précisant que les données de santé ne peuvent en aucun cas être vendues ou cédées à titre onéreux.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N°	707
----	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mme Martine FILLEUL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mme HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 11

Après l'article 11

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 1460-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les données de santé à caractère personnel recueillies à titre obligatoire et destinées aux services ou aux établissements publics de l'État ou des collectivités territoriales ou aux organismes de sécurité sociale ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial. »

OBJET

Les données de santé à caractère personnel recueillies à titre obligatoire ne doivent pas être l'objet d'une marchandisation mais doivent être uniquement utilisées à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation présentant un intérêt public.

Il convient donc d'en interdire la commercialisation afin d'éviter les écueils d'un développement massif et déréglé des données en matière de santé.

Tel est l'objet du présent amendement du groupe socialiste.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	91 rect.
----------------	-------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

M. SAVARY, Mme Anne-Marie BERTRAND, MM. BONNE, BOULOUX et Jean-Marc BOYER, Mmes BRUGUIÈRE, CANAYER et CHAIN-LARCHÉ, M. CHAIZE, Mme CHAUVIN, MM. CUYPERS et DANESI, Mme Laure DARCOS, M. DAUBRESSE, Mme de CIDRAC, M. de LEGGE, Mme DELMONT-KOROPOULIS, M. del PICCHIA, Mmes DEROCHE, DEROMEDI, DI FOLCO et ESTROSI SASSONE, M. Bernard FOURNIER, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. GENEST et GREMILLET, Mme GRUNY, M. GUENÉ, Mme IMBERT, MM. KAROUTCHI, KENNEL et LAMÉNIE, Mmes LAMURE et LASSARADE, MM. Daniel LAURENT, LEFÈVRE et LONGUET, Mme MALET, M. MANDELLI, Mme Marie MERCIER, M. MEURANT, Mme MORHET-RICHAUD, MM. MORISSET, MOUILLER, PERRIN, PIEDNOIR, PIERRE, POINTEREAU et PONIATOWSKI, Mmes PROCACCIA et PUISSAT, MM. RAISON, RAPIN, REVET, SAURY et SIDO, Mme THOMAS et M. VOGEL

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 11

Après l'article 11

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental et pour une durée de trois ans, le ministre chargé de la santé peut instituer des zones d'expérimentation, à l'échelle d'un établissement de santé public participant au service public hospitalier ou d'un réseau de santé, afin de développer le recours à l'intelligence artificielle en matière de santé.

Les conditions de mise en œuvre du premier alinéa sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions d'évaluation des expérimentations en vue d'une éventuelle généralisation.

Au cours de la troisième année de l'expérimentation, le ministre chargé de la santé présente au Parlement un rapport d'évaluation des expérimentations menées au titre du présent article.

OBJET

Des recommandations ont été proposées dans le rapport du Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques (Pipame), comme la création de zones d'expérimentation.

Ces zones seront accessibles à tous les acteurs innovants, notamment en intelligence artificielle.

Un cadre administratif standardisé sera défini par décret ; des investissements en infrastructures numériques (capteurs, réseaux, *data centers*), permettront à l'ensemble des équipements de santé de fournir des données numériques sur leur usage, des mesures cliniques et biologiques ou des statuts de fonctionnement.

Cette recommandation vise à créer les conditions permettant de tester des innovations en intelligence artificielle, avec des délais de mise en œuvre les plus réduits possible.

La liste des lieux d'expérimentation serait disponible pour tous les acteurs souhaitant innover.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	325
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 11 BIS A

Alinéa 3

Rédiger ainsi cet alinéa :

« L'État ne peut exiger de l'agence de lui transmettre les données collectées. »

OBJET

Cet amendement vise d'une part à revenir sur l'attribution de la propriété des données de santé à l'État alors qu'elles appartiennent à l'Assurance maladie et d'autre part à garantir l'indépendance de l'agence vis-à-vis de l'État.

Les faits récents concernant le détournement de certains fichiers de patients dans les hôpitaux de l'AP-HP lors des mobilisations des gilets jaunes nous conduisent à exiger des garanties supplémentaires d'indépendance.

Tel est le sens de notre amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	708
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, MM. SUEUR, TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 11 BIS

Après l'article 11 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 111-7-2 du code de la consommation, il est inséré un article L. 111-7-... ainsi rédigé :

« Art. L. 111-7-... – Le référencement des professionnels de santé par des opérateurs de prises de rendez-vous médicaux en ligne, effectué sans leur consentement, en particulier en vue de rediriger le patient vers un professionnel bénéficiant de liens contractuels avec l'opérateur, est interdit pour tout opérateur de plateforme en ligne mentionné à l'article L. 111-7 mettant en relation des patients avec des professionnels de santé. »

OBJET

La prise de rendez-vous médical est devenue un marché florissant à cause ou grâce à l'augmentation du recours aux opérateurs de plateforme en ligne.

Ces opérateurs offrent un service qui repose à la fois :

- sur la mise en relation de plusieurs parties (patient / médecins) en vue de la fourniture d'un service (la consultation médicale) ;
- mais également sur un référencement au moyen d'algorithmes informatiques des services proposés par les professionnels de santé.

Or, les opérateurs de plateforme en ligne disposent de prérogatives exorbitantes en matière de classement des professionnels de santé : ils peuvent en effet imposer un référencement de façon unilatérale et non contestable et y intégrer des critères comme l'abonnement ou le non-abonnement.

Ce classement des professionnels de santé participe au déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties (plateformes et professionnels de santé) au détriment des professionnels de santé.

Pire encore, certains opérateurs de plateforme en ligne pratiquent un référencement de professionnels de santé ayant résilié leur abonnement et/ou de professionnels de santé non-abonnés sur la base du registre de l'Ordre des médecins, dans le but de rediriger les patients depuis un moteur de recherche vers un professionnel abonné.

Cet amendement du groupe socialiste, appelant les autorités à la plus grande vigilance sur ce type de pratiques anticoncurrentielles, crée en conséquence une interdiction pour les opérateurs de plateforme en ligne de référencer des professionnels de santé non-abonnés ou anciennement abonnés.

Les auteurs de cet amendement insistent également sur la nécessité de faire appliquer le Règlement général sur la protection des données (RGPD) en interdisant le recours à l'annuaire de l'Ordre des médecins pour effectuer le référencement des professionnels de santé non-abonnés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	807
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 12 A

Rédiger ainsi cet article :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o L'article L. 1110-4-1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Ces référentiels sont élaborés en concertation avec les représentants des professions de santé, d'associations d'usagers du système de santé agréées, des établissements de santé, des établissements et services des secteurs médico-social et social et des opérateurs publics et privés du développement et de l'édition des systèmes d'information et services et outils numériques en santé. Ils sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les référentiels d'interopérabilité mentionnés au premier alinéa s'appuient sur des standards ouverts en vue de faciliter l'extraction, le partage et le traitement des données de santé dans le cadre de la coordination des parcours de soins, de l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité du système de santé ou à des fins de recherche clinique, chaque fois que le recours à ces standards est jugé pertinent et possible par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. » ;

2^o Après le même article L. 1110-4-1, il est inséré un article L. 1110-4-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-4-1-2. – I. – La conformité d'un système d'information ou service ou outil numérique en santé aux référentiels d'interopérabilité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 est attestée dans le cadre d'une procédure d'évaluation et de certification définie par décret en Conseil d'État.

« II. – Est conditionnée à des engagements de mise en conformité aux référentiels d'interopérabilité dans les conditions prévues au I l'attribution de fonds publics dédiés au financement d'opérations de conception, d'acquisition ou de renouvellement de systèmes

d'information ou de services ou outils numériques en santé destinés à être utilisés ou mis en œuvre par :

« 1° Les professionnels de santé et les personnes exerçant sous leur autorité, les établissements et services de santé, le service de santé des armées et tout autre organisme participant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code ;

« 2° Les professionnels des secteurs médico-social et social et les établissements ou services des secteurs médico-social et social mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

« III. – Les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 1435-3 du code de la santé publique et les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins mentionnés à l'article L. 1435-4 du même code comprennent des engagements relatifs à l'acquisition ou à l'utilisation de systèmes d'information ou services ou outils numériques en santé dont la conformité aux référentiels d'interopérabilité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 dudit code est attestée dans les conditions prévues au I du présent article.

« IV. – Des modalités complémentaires d'incitation à la mise en conformité des systèmes d'information et services ou outils numériques en santé aux référentiels d'interopérabilité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 peuvent être prévues par décret en Conseil d'État.

« V. – Les II et III du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2023. »

OBJET

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un cadre exigeant en matière d'interopérabilité dans le secteur du numérique en santé afin d'inciter l'ensemble des acteurs (éditeurs, établissements et professionnels) à rendre conformes les outils numériques en santé aux référentiels d'interopérabilité dans un souci d'amélioration de la qualité des soins et de meilleure coordination des parcours. Le présent amendement propose de modifier ce cadre principalement sur trois points :

- en lieu et place d'une procédure de certification lourde qui s'est révélée peu opérationnelle dans le cas des hébergeurs de données de santé, il est prévu que le respect des référentiels d'interopérabilité soit certifié par une attestation de conformité délivrée dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. Pourraient ainsi être prévues des modalités de certification évolutives et adaptées aux différentes situations, telles que des tests d'interopérabilité à partir d'un serveur mettant à disposition des « schématrons » ;

- les conventions d'objectifs et de gestion des branches de la sécurité sociale sont ajoutées aux outils de contractualisation par lesquels les différents acteurs pourront être encouragés à se mettre en conformité avec les référentiels d'interopérabilité. Ce levier d'incitation semble plus opérant qu'un conditionnement systématique de tout financement public à une mise en conformité aux référentiels d'interopérabilité pour les systèmes d'information de l'assurance maladie : en effet, la Cog permettra de définir le champ pertinent de l'applicabilité des référentiels d'interopérabilité, en distinguant les systèmes d'information internes de l'assurance maladie pour lesquels la conformité aux

référentiels n'a pas d'intérêt et les services et outils d'échange et de partage avec les autres acteurs de la prévention et des parcours de soins pour lesquels l'interopérabilité est incontournable ;

- un délai de trois ans et demi est consenti pour la mise en œuvre des outils incitatifs. Ce calendrier d'opposabilité devrait permettre à l'ensemble des acteurs du secteur du numérique en santé de se mettre en ordre de marche, avec une date butoir fixée au 1^{er} janvier 2023 qui leur laisse une marge d'anticipation.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	825
----------------	-----

2 JUIN 2019

S O U S - A M E N D E M E N T

à l'amendement n^o 807 de la commission des affaires sociales
présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 12 A

Amendement n^o 807

1^o Alinéas 3 à 7

Remplacer ces alinéas par sept alinéas ainsi rédigés :

1^o L'article L. 1110-4-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-4-1. – Afin de garantir l'échange, le partage, la sécurité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel, doivent être conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24, pour le traitement de ces données, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique :

« 1^o Les systèmes d'information ou services ou outils numériques destinés à être utilisés par les professionnels de santé et les personnes exerçant sous leur autorité, les établissements et services de santé, le service de santé des armées et tout organisme participant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code ;

« 2^o Les systèmes d'information ou services ou outils numériques destinés à être utilisés par les professionnels des secteurs médico-social et social et les établissements ou services des secteurs médico-social et social mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« 3^o Les systèmes d'information ou services ou outils numériques mis en œuvre par les organismes d'assurance maladie, ayant pour finalité principale de contribuer directement à la prévention ou au suivi du parcours de soins des patients.

« Ces référentiels sont élaborés en concertation avec les représentants des professions de santé, d'associations d'usagers du système de santé agréées, des établissements de santé, des établissements et services des secteurs médico-social et social et des opérateurs publics et privés du développement et de l'édition des systèmes d'information et services et outils numériques en santé. Ils sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Les référentiels d'interopérabilité mentionnés au premier alinéa du présent article s'appuient sur des standards ouverts en vue de faciliter l'extraction, le partage et le traitement des données de santé dans le cadre de la coordination des parcours de soins, de l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité du système de santé ou à des fins de recherche clinique, chaque fois que le recours à ces standards est jugé pertinent et possible par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. » ;

2° Alinéa 10

Remplacer les mots :

destinés à être utilisés ou mis en œuvre par :

par les mots :

mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 1110-4-1.

3° Alinéas 11 et 12

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Ce sous-amendement vise à aligner le périmètre des articles L.1110-4-1 et L.1110-4-1-1.

En effet, pour que l'attribution de fonds publics dédiés au financement de systèmes d'information destinés à être mis en œuvre par « les professionnels de santé et les personnes exerçant sous leur autorité, les établissements et services de santé, le service de santé des armées et tout autre organisme participant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le code de la santé publique » et par « les professionnels des secteurs médico-social et social et les établissements ou services des secteurs médico-social et social mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » soit conditionnée à des engagements de mise en conformité aux référentiels d'interopérabilité (*Art. L. 1110-4-1-1. II*), ou que « les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale » comprennent des engagements relatifs à l'acquisition ou l'utilisation de systèmes d'information attestés conformes (*Art. L. 1110-4-1-1. III*), il est nécessaire que l'obligation de conformité stipulée à l'article L. 1110-4-1 s'appliquent aux trois catégories de systèmes d'information suivantes :

1° les systèmes d'information ou services ou outils numériques destinés à être utilisés par les professionnels de santé et les personnes exerçant sous leur autorité, les établissements et services de santé, le service de santé des armées et tout organisme participant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code ;

2° les systèmes d'information ou services ou outils numériques destinés à être utilisés par les professionnels des secteurs médico-social et social et les établissements ou services des secteurs médico-social et social mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

3° les systèmes d'information ou services ou outils numériques mis en œuvre par les organismes d'assurance maladie, ayant pour finalité principale de contribuer directement à la prévention ou au suivi du parcours de soins des patients.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	327
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 12

I. – Alinéa 4

Compléter cet alinéa par les mots :

, et facilitant l'accès à l'information sur les droits définis au titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie et sur les recours en cas de refus de soins définis à l'article L. 1110-3

II. – Après l'alinéa 15

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« ...^o Toute information lui permettant de faciliter son accès à la protection complémentaire ou au droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou au droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« ...^o Toute information lui permettant de faire valoir ses droits en cas de refus de soins définis à l'article L. 1110-3 du présent code, de saisir le conciliateur de l'assurance maladie conformément à l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale, de saisir le Défenseur des droits conformément au titre II de la loi organique n^o 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits et d'introduire un contentieux général tel que défini aux articles L. 142-1 à L. 142-3 du code de la sécurité sociale ou un contentieux technique tel que défini aux articles L. 142-1 à L. 142-3 du même code ;

OBJET

L'accès à la santé ne peut être optimal que si les personnes ont effectivement recours à leurs droits à l'assurance maladie et à une couverture complémentaire, et s'ils ne subissent pas de refus de soins.

Le présent amendement proposé par l'association AIDES vise donc d'élargir les informations disponibles aux usagers sur l'espace numérique de santé afin qu'ils puissent

à la fois avoir connaissance de leurs droits, et, selon des modalités techniques à définir, saisir les autorités compétentes, voire introduire des contentieux, en cas de besoin.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	725
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme GRELET-CERTENAIS, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mme JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 12

Alinéa 6

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 1111-13-1. – I. – L'espace numérique de santé est ouvert sous réserve du consentement de son titulaire ou de son représentant légal, après avoir été dûment informé des conditions de fonctionnement de l'espace numérique de santé, de ses responsabilités en tant que gestionnaire de ses données de santé dans une espace numérique et des modalités de sa clôture en application du 3^o du IV.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste propose de réécrire l'alinéa 6 relatif aux conditions d'ouverture d'un espace numérique de santé (ENS) pour chaque usager.

Il s'agit de revenir sur l'automatisme de son ouverture faisant de l'opposition une simple option pour conditionner l'ouverture de l'ENS à un consentement libre et éclairé de l'usager, bien plus protecteur que le principe d'automatisme.

Nous comprenons la volonté de généralisation de l'ENS mais celle-ci ne doit pas s'opérer au détriment des droits des usagers du système de santé à décider eux-mêmes et à leur initiative de l'utilisation de leurs données.

En effet, le consentement est une condition d'accès aux données de santé pleinement reconnue que ce soit dans le cadre du Règlement général sur la protection des données

(RGPD) que dans la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

L'exigence du recueillement du consentement est assortie de maintes garanties pour les utilisateurs afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données de santé et renforcera parallèlement l'information de l'utilisateur.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	574
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 12

Alinéa 9, première phrase

Remplacer les mots :

, ou le représentant légal de celui-ci,

par les mots :

le représentant légal de celui-ci, ou un tiers de confiance nommément désigné par celui-ci,

OBJET

Cet amendement a pour objet de répondre à l'impératif de confidentialité que doivent observer les praticiens pour leurs patients de plus de quinze ans.

En effet, l'article L. 1111-5 du code de la santé publique dispose que le patient mineur est en droit de s'opposer à l'information des titulaires de l'autorité parentale par le médecin ou la sage-femme « lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure (...) ».

Afin de coordonner l'usage de l'ENS avec ce cas de droit au secret médical applicable à la personne mineure, il est nécessaire de permettre l'accès d'un tiers de confiance à l'ENS.

Ce tiers de confiance sera habilité à être averti des soins administrés à la personne mineure par le professionnel de santé sans que cela ne contrevienne à la disposition de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique. En effet, le patient mineur pourrait être amené à ne plus bénéficier des avantages de coordination du parcours de soins que permettent le DMP et l'ENS si cela sous-entend que ses parents ou représentants légaux doivent être informés de toute consultation.

L'article L. 1111-15 fait mention des cas de santé sexuelle et reproductive à laquelle cet amendement permettra de répondre.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	577
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 12

Alinéa 14

Compléter cet alinéa par les mots :

, et facilitant l'accès à l'information sur les droits définis au titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du présent code et sur les recours en cas de refus de soins définis à l'article L. 1110-3

OBJET

Le présent amendement propose d'élargir les informations disponibles aux usagers sur l'espace numérique de santé afin qu'ils puissent à la fois avoir connaissance de leurs droits et sur les recours possibles en cas de refus de soins.

Toute personne doit pouvoir avoir recours à ses droits à l'assurance maladie et à une couverture complémentaire optimale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	326
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 12

Alinéa 15

Après la seconde occurrence du mot :

soins

insérer les mots :

, les tarifs de soins

OBJET

L'alinéa 14 propose à chaque titulaire, dans son espace numérique de santé, que tout service numérique, qu'il jugerait utile, lui soit accessible. Cependant n'y figurent pas les tarifs de soins des praticiens de santé.

Par conséquent, cet amendement vise d'une part à améliorer la transparence des tarifs de soins et d'autre part à rendre ces informations accessibles à tous.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	183 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL,
MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE,
MM. SUEUR, MONTAUGÉ, VAUGRENARD, TODESCHINI et MARIE, Mme LEPAGE, M. Martial
BOURQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. Patrice JOLY, DURAN et LUREL, Mmes ARTIGALAS et
CONCONNE, MM. MANABLE et TISSOT, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. COURTEAU et TEMAL et
Mme MONIER

ARTICLE 12

Après l'alinéa 16

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Un outil permettant à l'assuré situé dans une zone définie en application du 1^o de l'article L. 1434-4 de saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire, dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

OBJET

L'espace numérique de santé doit être un outil au service des citoyens et de leur droit à un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Cet amendement vise donc à intégrer à cet espace un outil permettant à l'assuré de saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant disponible puisse lui être proposé, comme le propose l'article 7 *septies* du présent projet de loi.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	736
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme GRELET-CERTENAIS, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mme JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 12

Après l'alinéa 16

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Ses directives anticipées dans les conditions mentionnées à l'article L. 1111-11.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste propose d'inclure les directives anticipées définies à l'art. 1111-11 du code de la santé publique dans l'Espace Numérique de Santé (ENS).

L'inscription des directives anticipées dans l'ENS aidera les médecins à prendre leurs décisions sur les soins à donner dans le cas où la personne n'est plus en capacité d'exprimer ses volontés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	572
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 12

Après l'alinéa 16

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Ses directives anticipées lorsque celles-ci sont inscrites au dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14 du présent code.

OBJET

Cet amendement a pour objet de rendre accessible les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-14 du code de la santé publique au moyen de l'Espace Numérique de Santé, lorsque ces directives anticipées ont été renseignées dans le DMP de leur auteur.

Il s'agit par ce moyen de servir une des finalités de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique. Celui-ci définit les directives anticipées et dispose de leurs conditions de dépôt. Il est ainsi précisé que, lorsque ces données sont renseignées et conservées sur un registre national « (...) un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur. ».

L'Espace Numérique de Santé peut être un moyen utile à la mise en œuvre de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, notamment par le moyen de notifications régulières rappelant à l'auteur de directives anticipées l'existence de ces directives, de sorte à ce qu'il soit disposé à les mettre à jour le cas échéant.

Un tel dispositif est apte à éviter la situation dramatique dans laquelle une victime de lésions cérébrales graves peut se trouver faute de directives anticipées.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	808
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 12

Alinéa 17, première phrase

Remplacer la deuxième occurrence du mot :

mentionnés

par le mot :

élaborés

OBJET

Amendement rédactionnel.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	595
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS,
Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT,
KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD,
Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 12

I. – Alinéa 17, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

II. – Alinéa 27, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

III. – Après l'alinéa 28

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La conception et la mise en œuvre de l'espace numérique de santé, ainsi que les référentiels, labels et normes mentionnés au III de l'article L. 1111-13-1, tiennent compte des difficultés rencontrées par certaines catégories de personnes pour l'accès à internet ou l'utilisation des outils informatiques et numériques. »

OBJET

La dernière phrase du III^o de l'article L. 1111-13-1 ainsi que la dernière phrase du premier alinéa de l'article L.1111-13-2 traitent du même sujet de l'accessibilité à l'espace numérique de santé de certaines catégories de personnes ayant des difficultés pour accéder à internet ou à utiliser des outils informatiques.

La lutte contre la fracture numérique, tant dans l'accès aux infrastructures que dans l'accompagnement des publics éloignés ou handicapés, via par exemple les maisons des services publics, est une priorité gouvernementale.

Par souci de cohérence et de lisibilité, le présentement amendement se propose de consolider les deux phrases en un même paragraphe.

Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 25.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	809
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 12

I. – Après l'alinéa 17

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les services et outils numériques référencés ne peuvent accéder aux données de l'espace numérique de santé du titulaire qu'avec l'accord exprès de celui-ci, dûment informé des finalités et des modalités de cet accès lors de l'installation de ces services et outils et qu'à des fins de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour une durée de conservation strictement proportionnée à ces finalités.

II. – Alinéa 24

Compléter cet alinéa par les mots :

, à l'exception des contrats relatifs aux services et outils numériques référencés en application du III du présent article.

OBJET

Le texte de la commission prévoit que la communication de tout ou partie des données de l'espace numérique de santé ne peut être exigée de son titulaire dans le cas de la conclusion d'un contrat de protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé, ni dans le cas de la conclusion ou de l'application de tout autre contrat. Il est en effet fondamental de protéger les personnes contre des demandes abusives lors de la conclusion ou de l'exécution de contrat, notamment d'assurance emprunteur ou des contrats à visée commerciale. De telles protection existent d'ailleurs déjà dans la loi pour des cas particuliers, notamment la contractualisation d'un prêt (article L.313-16 du code de la consommation), l'entretien d'embauche (articles L.1225-1, L.1221-6 et L1132-1 du code du travail) et la location d'un logement (article 22-2 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989).

Toutefois, la formulation retenue exclurait des services ou outils dont la finalité serait exclusivement le suivi médical de la personne (dans le cadre de la télémédecine ou de la

télesurveillance, par exemple) et qui auraient besoin pour la réalisation de ce suivi d'utiliser certaines données de santé de la personne contenues dans son espace numérique de santé, privant ainsi le citoyen d'outils innovants améliorant sa prise en charge. Afin de conserver un haut niveau de protection de la personne tout en permettant l'exploitation de données contenues dans l'espace numérique de santé dans l'unique intérêt du patient, il est indispensable d'inscrire des exceptions pour les contrats relatifs aux services et outils numériques référencés dans l'espace numérique en santé et qui poursuivent une finalité limitée à la prévention, au diagnostic, aux soins et au suivi social et médico-social.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	754
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GRELET-CERTENAIS, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mme JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Défavorable
G	
Tombé	

ARTICLE 12

Alinéa 24

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La communication de tout ou partie des données de l'espace numérique de santé ne peut être exigée du titulaire de cet espace lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à l'espace numérique de santé ne peut également être exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application.

OBJET

Suite à l'adoption en commission de l'amendement COM-174 qui permet de mieux sécuriser les données de santé contenues dans l'espace numérique de santé, cette nouvelle écriture, inspirée de l'art. L. 1111-18 du code de la santé publique régissant l'accessibilité des données du dossier médical partagé, paraît plus précise et cohérente juridiquement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	724 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mmes ROSSIGNOL et GRELET-CERTENAIS, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mme JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 12

Alinéa 25

1^o Au début, insérer une phrase ainsi rédigée :

La personne mineure peut disposer, à partir de 15 ans, d'un accès personnel à l'espace numérique de santé ouvert à son nom.

2^o Remplacer les mots :

Une personne mineure peut s'opposer à la saisie

par les mots :

Le praticien est dans l'obligation de demander à la personne mineure son consentement à l'inscription

3^o Compléter cet alinéa par les mots et une phrase ainsi rédigée :

en lui exposant l'utilité de l'espace numérique de santé et le droit d'accès du tuteur légal. Le refus du mineur entraîne la non-inscription des données de santé afférentes.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste ouvre aux mineurs la possibilité de pouvoir accéder directement, à partir de 15 ans, à l'espace numérique de santé (ENS) le concernant. Cette disposition paraît en effet conforme aux droits des mineurs relatifs à leur santé, la loi prévoyant par ailleurs que « Le consentement du mineur (...) doit être systématiquement

recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision » (art. L. 1111-4 du code de la santé publique).

La commission des affaires sociales, suivant une proposition du groupe socialiste, a introduit la notion de consentement pour l'inscription de certaines données de santé des mineurs, notamment celles concernant les actes effectués dans les conditions des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique.

Mais la rédaction de la commission ne permet pas une mise en œuvre effective et simple pour les mineurs de ce droit. Celle-ci implique en effet que les mineurs prennent l'initiative de refuser l'inscription des données relatives aux soins sans le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale, or tous ne savent pas qu'ils en ont la possibilité ou n'y penseront pas forcément. Il convient donc que le professionnel de santé consulté le leur propose.

De cette façon, nous serons bien assurés que les données ainsi inscrites dans l'ENS le seront avec le consentement du mineur concerné.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	109 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mmes LASSARADE, DESEYNE et MICOULEAU, MM. BRISSON, VOGEL et MORISSET, Mme GRUNY, MM. PANUNZI et SOL, Mmes DEROMEDI et MORHET-RICHAUD, M. GENEST, Mmes BRUGUIÈRE et BONFANTI-DOSSAT, MM. MOUILLER et RAPIN, Mmes THOMAS et CHAIN-LARCHÉ, MM. PIEDNOIR et PELLEVAL, Mmes IMBERT et DEROCHE, M. BOULOUX, Mme Laure DARCOS et MM. LAMÉNIE et GREMILLET

ARTICLE 12

Après l'alinéa 25

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« – La personne mineure peut disposer, à partir de l'âge de quinze ans, avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale, d'un accès personnel à l'espace numérique de santé ouvert à son nom.

« Sont exclues de l'espace numérique de santé de la personne mineure les données de santé relatives à une prise en charge effectuée dans le cadre des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

OBJET

Cet amendement vise à donner la possibilité au mineur de plus de 15 ans de pouvoir accéder directement, avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale, à l'espace numérique de santé le concernant.

Cette disposition paraît en effet conforme aux droits des mineurs relatifs à leur santé, l'article L.1111-4 du code de la santé publique dispose que:

« Le consentement du mineur (...) doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ».

Lorsqu'il a demandé à être soigné sans le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale, dans les conditions des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique,

il est nécessaire que les données de santé du mineur recueillies dans ce cadre ne soient pas accessibles au ou aux titulaires de l'autorité parentale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	575
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 12

Après l'alinéa 25

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« – La personne mineure peut disposer, à partir de quinze ans, avec l'accord des titulaires de l'autorité légale, d'un accès personnel à l'espace numérique de santé ouvert à son nom.

« Sont exclues de l'espace numérique de santé de la personne mineure les données de santé relatives à une prise en charge effectuée dans le cadre des articles L. 1111-15 et L. 1111-5-1.

OBJET

Cet amendement a pour objet de répondre à l'impératif de confidentialité que doivent observer les praticiens pour leurs patients de plus de quinze ans qui demanderaient à ce que les titulaires de l'autorité légale ne soient pas averti des soins dont ils ont bénéficié.

En effet, l'article L. 1111-5 du code de la santé publique dispose que le patient mineur est en droit de s'opposer à l'information des titulaires de l'autorité parentale par le médecin ou la sage-femme « lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure (...) ».

Afin de coordonner l'usage du DMP mentionné à l'article L. 1111-15 avec ce cas de droit au secret médical applicable à la personne mineure, il est nécessaire de permettre l'accès d'un tiers de confiance au DMP. Ce tiers de confiance sera habilité à être averti des soins administrés à la personne mineure par le professionnel de santé sans que cela ne compromette la disposition de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique.

En effet, le patient mineur pourrait être amené à ne plus bénéficier des avantages de coordination du parcours de soins que permettent le DMP et l'ENS si cela sous-entend que ses parents ou représentants légaux doivent être informés de tout acte dont a bénéficié le patient mineur.

L'article L. 1111-15 fait mention des cas de santé sexuelle et reproductive à laquelle cet amendement permettra de répondre.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	527 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. MANABLE et TOURENNE, Mme MONIER, MM. MAZUIR et VALLINI et Mmes GRELET-CERTENAIS, HARRIBEY et PEROL-DUMONT

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 12

Après l'alinéa 28

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après l'article L 1111-13-2, il est inséré un article L 1111-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-13-.... – L'espace numérique de santé comprend une plateforme de mobilité sociale et solidaire. Elle permet au patient d'obtenir la liste des moyens de transports disponibles pour se déplacer vers le professionnel de santé le plus proche. »

OBJET

Dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou sous-dotée, dès lors qu'un patient ne trouve pas de médecin, une plateforme sera immédiatement mise à sa disposition pour obtenir les informations nécessaires (moyens de transports disponibles et les horaires en fonction de la destination) à son déplacement dans une autre zone.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	573
----------------	-----

28 MAI 2019

AMENDEMENT

présenté par

MM. THÉOPHILE, AMIEL, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT, MM. RICHARD, YUNG et LÉVRIER et Mme SCHILLINGER

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 12

Après l'article 12

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le cinquième alinéa de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque les directives anticipées sont inscrites au dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14, un rappel de leur existence est notifié à leur auteur au moyen de l'espace numérique de santé mentionné à l'article L. 1111-13. »

OBJET

Cet amendement a pour objet de rendre l'Espace Numérique de Santé utile à l'une des finalités de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique. Celui-ci définit les directives anticipées et dispose de leurs conditions de dépôt. Il est ainsi précisé que, lorsque ces données sont renseignées et conservées sur un registre national « (...) un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur. ».

L'Espace Numérique de Santé peut être un moyen utile à la mise en œuvre de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, notamment par le moyen de notifications régulières rappelant à l'auteur de directives anticipées l'existence de ces directives, de sorte à ce qu'il soit disposé à les mettre à jour le cas échéant.

Un tel dispositif est apte à éviter la situation dramatique dans laquelle une victime de lésions cérébrales graves peut se trouver faute de directives anticipées.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	34 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. BONNE et HENNO, Mmes MALET, Marie MERCIER et PUISSAT, M. BASCHER, Mme BONFANTI-DOSSAT, M. BRISSON, Mmes BRUGUIÈRE, CHAUVIN, Laure DARCOS et DEROMEDI, M. DÉTRAIGNE, Mmes DEROCHE, DI FOLCO et ESTROSI SASSONE, MM. Bernard FOURNIER, HUGONET, KAROUTCHI et LAMÉNIE, Mme LASSARADE, MM. LEFÈVRE, GENEST et MAYET, Mme MORHET-RICHAUD, MM. MORISSET, MOUILLER, MOGA, PELLELAT, PERRIN, RAISON, BABARY, SAVARY, CUYPERIS et RAPIN, Mme Anne-Marie BERTRAND, MM. LONGEOT, BOULOUX, CHARON, SIDO et Jean-Marc BOYER, Mme LAMURE et M. GREMILLET

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 12 BIS

Après l'article 12 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au troisième alinéa de l'article L. 1111-23 du code de la santé publique, après le mot : « invalides, » sont insérés les mots : « ou le pharmacien biologiste médical » et le mot : « , peut » est remplacé par le mot : « peuvent ».

OBJET

Cette mesure, déjà adoptée lors de l'examen, du PLFSS 2018, avait été censurée par le conseil Constitutionnel qui l'avait considérée comme un cavalier social.

L'accès du pharmacien biologiste médical au dossier pharmaceutique lui serait extrêmement utile, car les traitements pris par les patients peuvent influencer les résultats des examens de biologie médicale et impacter l'expertise du biologiste.

Rappelons que les médecins biologistes, comme les médecins des établissements de santé, ont accès au DP à l'inverse des pharmaciens biologistes de ces mêmes établissements.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	164 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. DÉRIOT, Mme IMBERT, MM. MILON, GILLES, BONHOMME, REVET et MANDELLI et
Mme DESEYNE

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 12 BIS

Après l'article 12 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au troisième alinéa de l'article L. 1111-23 du code de la santé publique, après le mot : « invalides, » sont insérés les mots : « ou le pharmacien biologiste médical » et le mot : « , peut » est remplacé par le mot : « peuvent ».

OBJET

Cette proposition avait recueilli un avis favorable du gouvernement lors de l'examen du PLFSS 2018, et avait été votée, avant d'être censurée par le Conseil constitutionnel, qui a considéré que la LFSS n'était pas le bon vecteur législatif pour une telle mesure. C'est pourquoi, nous proposons de réintégrer cette disposition via le présent projet de loi.

Le dossier pharmaceutique (DP) est un dossier électronique partagé contenant des informations sur les médicaments (PMF et PMO) dispensés au patient au cours des 4 derniers mois dans l'ensemble des pharmacies françaises, en ville comme à l'hôpital. Cet outil permet aux pharmaciens de détecter d'éventuels surdosages ou contre-indications.

Ces informations seraient également utiles aux pharmaciens biologistes car les traitements pris par les patients peuvent influencer les résultats des examens de biologie médicale et impacter l'expertise du biologiste. Par exemple, lorsqu'un patient traité sous Anti-vitamine-K (anticoagulant) vient tester son INR (*international normalised ratio*), le biologiste a besoin de savoir quel médicament et quel dosage a été prescrit au patient. Le biologiste doit en effet, le cas échéant, alerter le patient et le prescripteur afin que ce dernier ajuste la prescription. De plus, la connaissance des médicaments pris par les patients est indispensable car certains médicaments interfèrent avec les méthodes de dosage en biologie médicale (par exemple la biotine qui a fait l'objet d'une alerte récente de l'ANSM).

Par ailleurs, l'ensemble des médecins des établissements de santé ont aujourd'hui accès au DP. Les médecins biologistes des établissements de santé ont donc accès à ces données, à l'inverse des pharmaciens biologistes de ces mêmes établissements (les pharmaciens biologistes représentent 75% des biologistes en France).



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	726 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme GRELET-CERTENAIS, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mme JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 12 QUATER

Supprimer cet article.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste propose de supprimer l'article 12 *quater* relatif aux conditions d'ouverture d'un dossier médical partagé (DMP) pour toute personne née à compter du 1^{er} janvier 2021.

Il s'agit de maintenir la notion de consentement prévalant à l'ouverture d'un DMP tel qu'il est précisé par l'article L. 1111-14 du code de la santé publique et, dès lors, de supprimer l'automatisme dès la naissance.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	591
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 12 QUATER

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au premier alinéa de l'article L. 1111-14, les mots : « peuvent disposer » sont remplacés par les mots : « disposent » ;

OBJET

L'article 12 prévoit une création automatique et généralisé de l'espace numérique.

Cet amendement vise à généraliser et rendre automatique la création du dossier médical partagé sauf opposition de la personne.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	596
----------------	-----

28 MAI 2019

AMENDEMENT

présenté par

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 12 QUINQUIES

Alinéa 7

1^o Remplacer la référence :

L. 1111-16

par les références :

L. 1111-15, L. 1111-16

2^o Remplacer les mots :

habilités des établissements de santé, sauf opposition

par les mots :

des hôpitaux des armées, après consentement

OBJET

Le texte prévoit l'accès au dossier médical en santé au travail pour les professionnels mentionnés à l'article L.1111-16 et L.1111-17 ainsi qu'aux professionnels habilités des établissements de santé.

Cette rédaction exclut les professionnels de santé du Service de Santé des armées car les hôpitaux des armées sont des services de l'État et n'ont pas le statut d'établissements de santé. Cependant, tout comme ces établissements, ils prennent en charge des patients. Il convient donc de préciser que cet accès est de droit pour les professionnels des hôpitaux des armées, tout comme pour ceux des établissements de santé.

Le présent amendement se propose de permettre cet accès en reprenant la formulation utilisée pour l'accès au dossier médical partagé en faisant référence aux professionnels mentionnés aux articles L.1111-15, L.1111-16 et L.1111-17 du code de la santé publique et de mentionner explicitement ceux du service de santé des armées.

Par ailleurs, cet amendement rétablit l'accès au dossier médical en santé au travail avec le consentement préalable de l'intéressé (*opt-in*) et non sauf opposition de sa part (*opt-out*), cette disposition étant la disposition actuelle du code du travail.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	213 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme BERTHET, MM. BONNE, SOL, MOUILLER et PIERRE, Mme PUISSAT, M. PELLEVAT, Mme NOËL, M. MANDELLI, Mmes GRUNY et GARRIAUD-MAYLAM, M. Bernard FOURNIER, Mmes BONFANTI-DOSSAT et BRUGUIÈRE, MM. SEGOUIN, Jean-Marc BOYER, DUPLOMB et BONHOMME, Mme DEROCHE, M. LAMÉNIE, Mme LAMURE et M. SIDO

ARTICLE 12 SEXIES

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après le premier alinéa de l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le titulaire bénéficie au sein de son dossier médical partagé d'un carnet de prévention permettant d'alerter les professionnels de santé habilités sur les risques de développement des maladies chroniques et d'entreprendre une prise en charge préventive et adaptée afin de réduire ces risques. »

OBJET

En France, la prévalence des maladies chroniques dues au vieillissement de la population ne cesse d'augmenter. Ces maladies - lorsqu'elles ne sont pas prises en charge précocement - sont très souvent synonyme de dépendance et de handicap pour les patients.

Le Dossier Médical Partagé (DMP), tel qu'il est défini dans le code de la santé publique, a été créé « afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins ». Cependant, aucun dispositif numérique de prévention n'a été intégré dans cet outil, alors que la présente loi entend précisément renforcer ce volet, dans la lignée des orientations de « Ma Santé 2022 ».

Aussi, cet amendement propose d'intégrer au sein du Dossier Médical Partagé (DMP) de chaque patient, un carnet de prévention électronique permettant d'alerter les professionnels de santé sur les risques de maladies chroniques (diabète, obésité, insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque chronique, ostéoporose etc.), dans le respect des règles du code de la santé publique.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	123 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Rejeté	

Mme DESEYNE, M. SAVARY, Mmes LASSARADE et MICOULEAU, MM. LONGUET et DANESI, Mmes DEROMEDI, MORHET-RICHAUD, GRUNY et PUISSAT, MM. MORISSET et BRISSON, Mmes Laure DARCOS et BRUGUIÈRE, MM. LEFÈVRE, del PICCHIA, PONIATOWSKI et CUYPERS, Mme RAIMOND-PAVERO, MM. MANDELLI, BONNE, PIERRE et HENNO, Mme GUIDEZ, MM. Bernard FOURNIER, RAPIN et PIEDNOIR, Mmes BONFANTI-DOSSAT et CANAYER, M. CHARON, Mme CHAIN-LARCHÉ, M. CHAIZE, Mme CHAUVIN, M. DAUBRESSE, Mme DEROCHE, M. de LEGGE, Mmes DI FOLCO, ESTROSI SASSONE et GARRIAUD-MAYLAM, M. GENEST, Mme IMBERT, MM. KAROUTCHI, KENNEL et Daniel LAURENT, Mmes MALET et Marie MERCIER, MM. MEURANT, MOUILLER et PERRIN, Mme PROCACCIA, MM. REVET, RAISON, SOL et SAURY, Mme THOMAS, MM. VOGEL, LONGEOT, BOULOUX et GUENÉ, Mme LAMURE, MM. POINTEREAU, LAMÉNIE, SIDO et Jean-Marc BOYER, Mme de CIDRAC et M. GREMILLET

ARTICLE 13

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6316-1, les mots : « à distance » sont remplacés par les mots : « exercée à distance sans condition de proximité entre le patient et le professionnel de santé ou entre professionnels de santé, situés sur le territoire national, et » ;

OBJET

Cet amendement souligne que la télémédecine doit bénéficier à l'ensemble des patients afin de garantir un accès aux soins pour tous sur l'ensemble du territoire.

Il crée une solidarité entre les territoires en permettant aux structures sanitaires d'exercice coordonné de mettre du temps médical à disposition des patients, indépendamment de leur implantation géographique sur le territoire national.

En effet, la téléconsultation n'est pas obligatoirement soumise à une condition de proximité géographique entre le médecin et le patient afin notamment d'apporter un médecin à ceux qui n'y ont plus accès.

Conformément aux codes de la santé publique et de la sécurité sociale, une téléconsultation doit être effectuée par un médecin inscrit à l'ordre des médecins français afin qu'elle soit reconnue comme telle et remboursée.

Il n'y a donc aucun risque de voir se déployer une offre de téléconsultation avec des médecins exerçant à l'étranger.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	382 rect. bis
----------------	---------------------

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. DELAHAYE, Mme FÉRAT, MM. BOCKEL, BONNECARRÈRE, LAUGIER, DÉTRAIGNE et
CAZABONNE, Mme JOISSAINS, MM. MOGA et KERN et Mme BILLON

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 13

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6316-1, les mots : « à distance » sont remplacés par les mots : « exercée à distance sans condition de proximité entre le patient et le professionnel de santé ou entre professionnels de santé, situés sur le territoire national, et » ;

OBJET

Dans le souci de répondre aux défis que représentent les déserts médicaux, cet amendement rappelle que la télémédecine doit bénéficier à l'ensemble des patients afin de garantir un accès aux soins pour tous et partout sur le territoire. Il crée une solidarité entre les territoires en permettant aux structures sanitaires d'exercice coordonné de mettre du temps médical à disposition des patients, indépendamment de leur implantation géographique sur le territoire national.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	205 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes DELMONT-KOROPOULIS, DEROMEDI et GRUNY et MM. MEURANT, PIEDNOIR,
BOULOUX, LAMÉNIE et SEGOUIN

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 13

Après l'alinéa 6

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le deuxième alinéa de l'article L. 6316-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la prise en charge d'une activité de télémédecine n'est pas assurée, dans les conditions de droit commun, elle doit être prévue dans les projets territoriaux de santé dans le ressort desquels elle est déployée. Cette mesure entre en vigueur au 1^{er} janvier 2020. » ;

OBJET

Depuis la parution du décret n^o 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine qui supprime l'obligation pour les promoteurs d'activité de télémédecine de contractualiser avec les agences régionales de santé, ces activités sont dérégulées et leurs promoteurs peuvent proposer des services qui ne répondent pas à des besoins de santé identifiés et ne s'inscrivent pas dans la logique du parcours de soins promu par la convention médicale. Pour autant certaines de ces initiatives portées par des assureurs complémentaires ou d'autres acteurs peuvent présenter un réel intérêt pour peu qu'elles soient articulées par leurs promoteurs avec les besoins territoriaux qui ont fait l'objet d'un diagnostic territorial partagé.

L'objet du présent amendement est de canaliser les initiatives des plateformes de télémédecine vers les territoires où elles seraient les plus utiles.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	111 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mmes LASSARADE, DESEYNE et MICOULEAU, MM. BRISSON, VOGEL et MORISSET,
Mme GRUNY, M. PANUNZI, Mmes DEROMEDI, MORHET-RICHAUD et BRUGUIÈRE,
M. GENEST, Mme LOPEZ, M. MOUILLER, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. PELLELAT et
PIEDNOIR, Mmes CHAIN-LARCHÉ et THOMAS, M. RAPIN, Mme DEROCHE et MM. BOULOUX,
PONIATOWSKI, LAMÉNIE et GREMILLET

ARTICLE 13

Alinéa 10, seconde phrase

Après le mot :

patient

insérer les mots :

hospitalisé ou non hospitalisé

OBJET

Dans une logique d'égal accès aux soins, cet amendement vise à étendre le bénéfice du télésoin aux patients hospitalisés.

Comme pour la télémédecine, le télésoin pourra bénéficier à tous les patients qu'ils soient hospitalisés ou non.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	214 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme BERTHET, MM. MOUILLER et PELLELAT, Mmes PUISSAT et NOËL, M. MANDELLI, Mmes GRUNY et GARRIAUD-MAYLAM, M. Bernard FOURNIER, Mmes BONFANTI-DOSSAT et BRUGUIÈRE, MM. BONHOMME et Jean-Marc BOYER, Mme DEROCHE, M. DUPLOMB, Mme LAMURE et MM. LAMÉNIE, SIDO et GREMILLET

ARTICLE 13

I. – Alinéa 10, seconde phrase

Après les mots :

pharmaciens

insérer les mots :

exerçant dans une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur.

II. – Alinéa 19, dernière phrase

Après les mots :

d'un premier soin

insérer les mots :

, d'entretiens pharmaceutiques

OBJET

La convention pharmaceutique permet aux pharmaciens d'officine de réaliser des bilans de médication mais également des entretiens pharmaceutiques pour le suivi des patients chroniques. Ces deux activités sont complémentaires et proposées à des populations différentes.

Les bilans de médication et les entretiens pharmaceutiques doivent donc pouvoir être à l'origine d'une seconde étape en télésoin prise en charge.

Par ailleurs, il est essentiel que cette nouvelle activité de télésoin puisse être réalisée dans le cadre du parcours du soins du patient avec l'officine ou avec l'hôpital, qui lui dispense régulièrement les médicaments.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	184 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL,
MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE,
MM. SUEUR, MONTAUGÉ, VAUGRENARD, TODESCHINI et MARIE, Mme LEPAGE, M. Martial
BOURQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. Patrice JOLY, DURAN et LUREL, Mmes CONCONNE,
ARTIGALAS et GRELET-CERTENAIS, MM. MANABLE et TISSOT, Mme TAILLÉ-POLIAN,
MM. KERROUCHE, COURTEAU et TEMAL et Mme MONIER

ARTICLE 13

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

en tenant compte des inégalités territoriales d'accès aux réseaux de communications
électroniques de très haut débit

OBJET

Le numérique doit offrir une solution pour les territoires et ne pas constituer un handicap supplémentaire. Aussi, la fracture numérique ne doit pas se superposer à la problématique des déserts médicaux. Comme le prévoit cet amendement, le pouvoir réglementaire doit donc tenir compte des inégalités territoriales d'accès à Internet, et notamment d'accès aux réseaux de très haut débit, dont le déploiement sur l'ensemble du territoire ne sera atteint au plus tôt qu'en 2022.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, avis 515)

N°	427
----	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LONGEOT

au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 13

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

en tenant compte des inégalités territoriales dans l'accès aux réseaux de communications électroniques à très haut débit

OBJET

Le numérique doit offrir une solution pour les territoires et ne pas constituer un handicap supplémentaire. Aussi, la fracture numérique ne doit pas se superposer à la problématique des déserts médicaux. Comme le prévoit cet amendement, le pouvoir réglementaire doit donc tenir compte des inégalités territoriales d'accès à Internet, et notamment d'accès aux réseaux à très haut débit, dont le déploiement sur l'ensemble du territoire ne sera atteint au plus tôt qu'en 2022. Pour ces territoires, des aménagements spécifiques peuvent être mis en place, comme l'installation de cabines de télémédecine/télésoin dans les mairies, les pharmacies d'officine, les centres de santé, ou encore dans les maisons France service annoncées par le Président de la République en avril dernier.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	528 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. MANABLE et TOURENNE, Mme MONIER, MM. MAZUIR et VALLINI et Mmes GRELET-CERTENAIS et ARTIGALAS

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 13

Après l'alinéa 12

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

...° Le chapitre VI est complété par une section ainsi rédigée :

« Section ...

« Médecine algorithmique

« Art. L. 6316-.... – Une étude est élaborée par le ministère de la santé et présentée au Parlement afin d'évaluer les risques sur les données personnelles des patients et les modalités d'utilisation des plateformes algorithmiques à titre expérimental, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. »

OBJET

Aujourd'hui, devant les difficultés de pouvoir bénéficier de soins de la part du personnel médical, les patients de zones sous-dotées risquent de se tourner vers les plateformes algorithmiques.

Ces dernières nous amènent à nous interroger sur les risques d'une telle utilisation à la fois sur la gestion des données personnelles et l'utilisation des données de santé récoltées en vue d'établir des diagnostics et des formuler des prescriptions. Aussi, dans le contexte actuel, où le recours au numérique, aux nouvelles technologies et à l'intelligence artificielle se développent de plus en plus dans le domaine de la santé, il est proposé qu'une étude soit présentée au Parlement sur les conditions matérielles, les risques et l'encadrement des données des utilisateurs.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	11 rect. bis
----------------	--------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DINDAR, Catherine FOURNIER et
GUIDEZ et M. CAPO-CANELLAS

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 13

Alinéa 19, dernière phrase

Après le mot :

médication

insérer les mots :

ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique,

OBJET

Le projet de loi prévoit que les actes de télésoin seront pris en charge par l'assurance maladie dans les cas où un premier acte a été réalisé en présence du patient.

Il précise ainsi que les actes de soins et les bilans de médication font partie des activités en présentiel par un pharmacien permettant la prise en charge par l'assurance maladie des actes de télésoin du pharmacien.

Afin de tenir compte de l'ensemble des activités du pharmacien d'officine, il est pertinent de compléter cette liste en y ajoutant l'entretien d'accompagnement du patient atteint d'une pathologie chronique.

En effet, la convention pharmaceutique permet aux pharmaciens d'officine de réaliser des actes de soins, des bilans de médication mais également des entretiens d'accompagnement pour le suivi des patients chroniques.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	737
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

Mme GRELET-CERTENAIS, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mme JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 13

Après l'article 13

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 1110-13 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La médiation numérique est la mise en capacité de comprendre et de maîtriser les technologies numériques, leurs enjeux et leurs usages. Elle procède par un accompagnement qualifié et de proximité des individus et des groupes dans des situations de formation tout au long de la vie facilitant à la fois l'appropriation des techniques d'usage des outils numériques et la dissémination des connaissances ainsi acquises. » ;

2^o Aux première et deuxième phrases du deuxième alinéa, après le mot : « sanitaire », est inséré le mot : « numérique ».

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste propose d'instaurer un principe de médiation numérique en santé pour les usagers distants des nouvelles technologies, principe particulièrement pertinent en zone rurale.

L'enquête réalisée par le Défenseur des droits montre que la dématérialisation des services publics vient simplifier l'accès aux droits de la majorité des personnes mais que des difficultés fréquentes, qui touchent 12 % des usagers, se concentrent sur un public

jeune, vulnérable et/ou en situation de précarité et peu à l'aise dans ses démarches administratives, notamment sur Internet.

Ce public est aussi le plus susceptible d'abandonner les démarches suite à l'expérience de difficultés et cela se traduit par des situations de non-recours aux droits.

Le présent projet de loi prévoit un déploiement d'outils numériques, notamment au travers de l'espace numérique personnel. Or, la question de l'accompagnement des usagers du système de santé à l'utilisation du numérique reste inexistante dans les articles proposés.

C'est la raison pour laquelle il est proposé un amendement chargé de définir la notion de médiation numérique, nécessaire pour accompagner le déploiement des outils technologiques sur les territoires, notamment auprès des publics fragiles.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	526 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. MANABLE et TOURENNE, Mme MONIER et
MM. MAZUIR et VALLINI

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 13

Après l'article 13

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1110-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-13-... – La médiation numérique est la mise en capacité de comprendre et de maîtriser les technologies numériques, leurs enjeux et leurs usages. Elle procède d'un accompagnement qualifié et de proximité des individus soit, qui n'ont pas accès aux technologies, soit qui n'ont pas les capacités, soit dans un but d'améliorer l'efficacité et la protection du traitement de leurs données.

« À cette fin, un comité en charge de l'accompagnement est créé dans chaque département. Les membres de ce comité ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de ce comité ne peut être pris en charge par une personne publique. Les modalités de son financement et de sa composition sont prévues par décret en Conseil d'État. »

OBJET

Tous les individus ne sont pas égaux face à l'utilisation des nouvelles technologies. La dématérialisation, bien qu'elle présente des avantages, pourrait décourager certains patients qui n'ont, soit pas les capacités d'utiliser un ordinateur, soit d'obtenir une connexion convenable pour accéder à certains sites de santé.

De même, certains patients craignent de commettre des erreurs dans la gestion de leurs données personnelles ou de ne pas être en mesure de les protéger.

À titre d'exemple, les patients résidant dans les zones rurales n'ont malheureusement pas tous accès au très haut débit. La population souvent vieillissante de ces territoires n'est forcément pas en capacité de se servir des nouvelles technologies.

Les personnes en situation de handicap, isolés ou ne parlant pas couramment le français pourraient avoir besoin de personnel qualifié pour les accompagner dans leurs démarches.

Cet amendement vise donc à mettre en place un comité créé dans le département de personnels accompagnants.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	750
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme JASMIN, M. LUREL, Mme CONCONNE, MM. JOMIER et DAUDIGNY,
Mme GRELET-CERTENAIS, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE,
FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. Joël BIGOT et
BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL, Martial BOURQUIN, DURAN et
FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA,
MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ,
Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN,
MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 13 BIS

Supprimer cet article.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise à supprimer l'article 13 bis qui modifie l'alinéa 3 de l'article L.6316-1 du Code de la Santé publique (CSP).

Cet alinéa 3 stipule que « La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique. ».

L'Assemblée Nationale a souhaité supprimer les mots « en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique ».

Or il est impératif que la définition des conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière des activités de télémédecine, tiennent compte des spécificités des territoires notamment d'accès aux réseaux de très haut débit.

Pour ces territoires, qui sont également affectés par la désertification médicale, notamment comme les territoires insulaires ou enclavés, des aménagements spécifiques doivent être prévus afin de permettre de façon égalitaire, le déploiement de la télémédecine et du télésoin.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	520 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme JASMIN, MM. LUREL, FICHET, KERROUCHE et ANTISTE et Mme CONCONNE

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 13 BIS

Rédiger ainsi cet article :

Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, après les mots : « en tenant compte », sont insérés les mots : « en priorité ».

OBJET

Cet amendement de repli vise à modifier l'article 13 bis car il modifie l'alinéa 3 de l'article L.6316-1 du Code de la Santé publique (CSP) qui permettait de tenir compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique,

Or il est impératif que la définition des conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière des activités de télémédecine, tiennent compte prioritairement des spécificités des territoires insulaires ou enclavés notamment d'accès aux réseaux de très haut débit.

Pour ces territoires, qui sont également affectés par la désertification médicale, des aménagements spécifiques et parfois coûteux doivent être prévus afin de permettre de façon égalitaire, le déploiement de la télémédecine et du télésoin.

Il s'agit, plus encore pour ces territoires de volontarisme public, pour faciliter la télémédecine et le télésoin.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, avis 515)

N°	428
----	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. LONGEOT

au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 13 BIS

Rédiger ainsi cet article :

Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique » sont remplacés par les mots : « inégalités territoriales dans l'accès aux soins, notamment dans les zones définies en application du 1° de l'article L. 1434-4, ainsi que des inégalités territoriales dans l'accès aux réseaux de communications électroniques à très haut débit ».

OBJET

Cet amendement précise que le pouvoir réglementaire doit prendre en compte les déficiences de l'offre de soins dans les zones sous-denses dans la définition des conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière des activités de télémédecine.

Cette prise en compte est d'autant plus nécessaire qu'aujourd'hui, pour les assurés résidant dans un désert médical, le remboursement des activités de télémédecine n'est pas garanti. L'avenant 6 de la Convention médicale, signé en juin 2018, précise en effet que les téléconsultations pourront être prises en charge par l'Assurance maladie pour les patients n'ayant pas de médecin traitant, à condition de passer par une équipe de soins primaires, une communauté professionnelle territoriale de santé ou à défaut, une autre organisation territoriale à proximité. Le déploiement aujourd'hui incomplet de ces structures sur le territoire pourrait donc exclure ces patients du remboursement des téléconsultations.

Par ailleurs, le numérique doit offrir une solution pour les territoires et ne pas constituer un handicap supplémentaire. Aussi, la fracture numérique ne doit pas se superposer à la problématique des déserts médicaux. Cette amendement propose donc que le pouvoir réglementaire tienne compte des inégalités territoriales d'accès à Internet, et notamment d'accès aux réseaux à très haut débit, dont le déploiement sur l'ensemble du territoire ne sera atteint au plus tôt qu'en 2022. Pour ces territoires, des aménagements spécifiques

peuvent être mis en place, comme l'installation de cabines de télémédecine/téléssoin dans les mairies, les pharmacies d'officine, les centres de santé, ou encore dans les maisons France service annoncées par le Président de la République en avril dernier.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	186 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL, MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE, MM. SUEUR, MONTAUGÉ, VAUGRENARD, TODESCHINI et MARIE, Mme LEPAGE, M. Martial BOURQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. Patrice JOLY, DURAN et LUREL, Mmes ARTIGALAS, CONCONNE et GRELET-CERTENAIS, MM. MANABLE et TISSOT, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. KERROUCHE, COURTEAU et TEMAL et Mme MONIER

ARTICLE 13 BIS

Rédiger ainsi cet article :

Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « dues à l'insularité et l'enclavement géographique » sont remplacés par les mots : « , notamment dans les zones définies en application du 1^o de l'article L. 1434-4, ainsi que des inégalités territoriales d'accès aux réseaux de communications électroniques de très haut débit ».

OBJET

Cet amendement précise que le pouvoir réglementaire doit prendre en compte les déficiences de l'offre de soins dans les zones sous-denses dans la définition des conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière des activités de télémédecine.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	381 rect.
----------------	--------------

2 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. DELAHAYE, BOCKEL, HENNO, BONNECARRÈRE et LAUGIER, Mme GUIDEZ,
M. CAZABONNE, Mme JOISSAINS, MM. MOGA et KERN et Mme BILLON

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 13 BIS

Rédiger ainsi cet article :

Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « dues à l'insularité et l'enclavement géographique » sont remplacés par les mots : « , notamment dans les zones définies en application du 1^o de l'article L. 1434-4, ainsi que des inégalités territoriales d'accès aux réseaux de communications électroniques de très haut débit ».

OBJET

Cet amendement précise que le pouvoir réglementaire doit prendre en compte les déficiences de l'offre de soins dans les zones sous-denses dans la définition des conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière des activités de télémédecine.

Cette prise en compte est d'autant plus nécessaire qu'aujourd'hui, pour les assurés résidant dans un désert médical, le remboursement des activités de télémédecine n'est pas garanti. L'avenant 6 de la Convention médicale, signé en juin 2018, précise en effet que les téléconsultations pourront être prises en charge par l'Assurance maladie pour les patients n'ayant pas de médecin traitant, à condition de passer par une équipe de soins primaires, une communauté professionnelle territoriale de santé ou à défaut, une autre organisation territoriale à proximité. Le déploiement aujourd'hui incomplet de ces structures sur le territoire pourrait donc exclure ces patients du remboursement des téléconsultations.

Par ailleurs, le numérique doit offrir une solution pour les territoires et ne pas constituer un handicap supplémentaire. Aussi, la fracture numérique ne doit pas se superposer à la problématique des déserts médicaux. Cette amendement propose donc que le pouvoir réglementaire tienne compte des inégalités territoriales d'accès à Internet, et notamment d'accès aux réseaux de très haut débit, dont le déploiement sur l'ensemble du territoire ne sera atteint au plus tôt qu'en 2022. Pour ces territoires, des aménagements spécifiques peuvent être mis en place, comme l'installation de cabines de télémédecine/télésoin dans

les mairies, les pharmacies d'officine, les centres de santé, ou encore dans les maisons France service annoncées par le Président de la République en avril dernier



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	476 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 14

Après l'alinéa 3

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Après la remise au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2019, d'un rapport détaillant les enjeux et les modalités d'une évaluation des logiciels destinés à fournir des informations utilisées à des fins diagnostiques et d'aide aux choix thérapeutiques, le Gouvernement est autorisé, dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'évaluation de ces logiciels.

L'ordonnance est prise dans un délai de six mois à compter de la remise au Parlement du rapport mentionné à l'alinéa précédent. Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

OBJET

Les Logiciels d'Aide à la Décision (LAP) et les Logiciels d'Aide à la Dispensation (LAD) font l'objet d'une certification facultative par la HAS. De leur côté, les logiciels des Systèmes d'Information Hospitaliers disposent d'une labellisation facultative de l'ASIP.

Cependant, de nouveaux et nombreux logiciels d'aide à la décision font leur apparition et sont proposés aux professionnels de santé (médecins exerçant en ville ou en établissements de santé) pour les aider dans leurs diagnostics et/ou leurs choix thérapeutiques. Cette offre se développe très rapidement au gré des évolutions elles-mêmes très actives de l'intelligence artificielle.

Il paraît nécessaire de promouvoir l'innovation utile aux patients et à développer la confiance dans de tels logiciels. Il serait donc utile que les professionnels de santé et les responsables des systèmes d'information des établissements de santé voient leurs démarches de sélection parmi ces logiciels éclairés par une évaluation adaptée aux objectifs de sécurité sanitaire et de pertinence clinique. Tout comme il serait utile d'offrir

aux industriels une identification répondant à des critères cliniques dans un marché en plein développement.

Après un rapport remis au Parlement, l'ordonnance déjà prévue au II de l'article 14 pourrait utilement couvrir le domaine concerné et indiquer les modalités et critères d'une telle évaluation facultative complémentaire à celle du marquage CE.

C'est l'objet du présent amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	600
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIH, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 14

Alinéa 6

Rétablir le a dans la rédaction suivante :

a) Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les arrêts de travail sont prescrits, sauf exception, de manière dématérialisée par l'intermédiaire d'un service mis à la disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie. » ;

OBJET

La mise en place d'une obligation de dématérialisation des arrêts de travail pour l'ensemble des prescripteurs constitue à la fois un gage de simplification de l'exercice de leur activité et une garantie de traitement simplifié et rapide des arrêts de travail des assurés, grâce à une transmission instantanée de leur arrêt à la caisse d'assurance maladie.

En vue de pallier à d'éventuelles difficultés pour les professionnels de santé ne pouvant matériellement assurer la transmission dématérialisée des arrêts de travail, la rédaction proposée prévoit des exceptions éventuelles à cette obligation. En outre, il est prévu d'appliquer progressivement cette nouvelle disposition afin de tenir compte de l'équipement nécessaire aux professionnels de santé pour répondre à cette obligation.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	829
----------------	-----

4 JUIN 2019

S O U S - A M E N D E M E N T

à l'amendement n^o 600 de M. THÉOPHILE

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 14

Amendement n^o 600

Compléter cet amendement par un paragraphe ainsi rédigé :

II. – Alinéa 9, dernière phrase

Remplacer les mots :

la convention n'a

par les mots :

les conventions n'ont

et les mots :

avant le 30 juin 2019

par les mots :

dans les six mois suivant la publication de la présente loi

OBJET

Le présent sous-amendement vise à apporter une précision rédactionnelle et à sécuriser l'échéance fixée à la dernière phrase du dernier alinéa de l'article 14 en ne fixant plus une date mais un délai décompté à partir de la publication de la présente loi pour permettre aux partenaires conventionnels de déterminer le calendrier d'entrée en vigueur de la réforme de la dématérialisation des arrêtés de travail.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	770 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

Mme DEROCHE, M. PIEDNOIR, Mme DEROMEDI, M. PANUNZI, Mmes MICOULEAU, DI FOLCO et Marie MERCIER, MM. BONNE et MOUILLER, Mme IMBERT, M. VASPART, Mmes RAMOND, LASSARADE et BRUGUIÈRE, MM. SAVARY et Bernard FOURNIER, Mme GRUNY, MM. DÉRIOT et BRISSON, Mmes Laure DARCOS et BERTHET, MM. MORISSET et SIDO, Mme LAMURE et MM. LAMÉNIE, KAROUTCHI, GENEST, DARNAUD et PAUL

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 14

Après l'article 14

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le III de l'article L. 161-38, il est inséré un III bis ainsi rédigé :

« III bis. – La Haute Autorité de santé élabore les règles de bonne pratique relatives à l'utilisation des technologies d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique et des technologies prédictives dans le domaine médical afin de garantir la conformité de ces technologies à des exigences minimales en termes de sécurité, de pertinence et d'efficacité des pratiques médicales associées.

« La conformité aux règles de bonne pratique mentionnées à l'alinéa précédent d'une technologie d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique ou d'une technologie prédictive dans le domaine médical, autre qu'un logiciel d'aide à la prescription médicale ou à la dispensation, peut faire l'objet d'une certification, à la demande de son fabricant ou de son exploitant, par des organismes certificateurs accrédités par le Comité français d'accréditation ou par l'organisme compétent d'un autre État membre de l'Union européenne, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé. » ;

2° Après le 21° de l'article L. 162-5, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le cas échéant, les modalités d'attribution et de versement d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'une technologie d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique ou d'une technologie prédictive dans le domaine médical,

autre qu'un logiciel d'aide à la prescription médicale ou à la dispensation, certifiée suivant la procédure prévue au III bis de l'article L. 161-38 ; ».

OBJET

Le développement de l'intelligence artificielle et de la médecine prédictive offre de nouvelles possibilités aux professionnels de santé en matière de prévention et de prise en charge des patients, au travers de nouveaux moyens technologiques, notamment numériques et robotiques. Afin de garantir un usage de ces technologies au service des patients, il est nécessaire de garantir la sécurité et la pertinence des pratiques médicales associées à l'utilisation de ces technologies. Le recours à ces technologies s'intensifiant dans la pratique des soins, il convient, en application du 2° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, que la HAS précise les règles de bonne pratique encadrant l'usage de ces technologies, tant pour les fabricants afin de les orienter dans la conception de ces outils, que pour les professionnels de santé et les patients. Cet amendement propose en outre de permettre une certification, sur une base volontaire, de la conformité de ces technologies d'intelligence artificielle aux règles de bonne pratique définies par la HAS.

Il prévoit également d'inclure, dans les conventions nationales conclues entre l'UNCAM et les médecins, les modalités d'aide à l'utilisation ou à l'acquisition des technologies d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique ou des technologies prédictives dans le domaine médical, certifiées conformes aux règles de bonne pratique définies par la Haute Autorité de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	810
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 15

Alinéa 4

Après la référence :

L. 1441-6

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

est abrogé ;

OBJET

Amendement de coordination afin de tenir compte de la réécriture du chapitre III du titre IV du livre IV de la première partie du code de la santé publique au 1^o du III *bis* de l'article 19 du projet de loi.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	328
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 15

Alinéa 8

Supprimer cet alinéa.

OBJET

Le II de l'article 15 prévoit la suppression d'un dispositif expérimental portant obligation pour les pharmaciens grossistes-répartiteurs à déclarer, auprès d'un tiers, leurs volumes d'exportations de médicaments hors de France.

Les auteurs de cet amendement ne comprennent pas pourquoi la puissance publique se prive d'un instrument permettant de contrôler l'approvisionnement des médicaments en France.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	329
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 16

Supprimer cet article.

OBJET

L'article 16 proroge le délai de mise en conformité des rémunérations de certains professionnels médicaux libéraux pratiquant des dépassements d'honoraires en établissements privés d'intérêt collectif.

Ces établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier, avaient été autorisés par la loi du 26 janvier 2016 à maintenir des contrats conclus avec des professionnels médicaux libéraux pratiquant des dépassements d'honoraires, sous réserve d'une mise en conformité au droit commun dans un délai de trois ans (soit le 26 janvier 2019).

L'article 16 proroge de 3 ans la mise en conformité des établissements ce qui entrainera trois années supplémentaires de pratiques de dépassements d'honoraires au détriment des patients.

Tels sont les raisons de notre demande de suppression.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	330
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 16

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-8-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-8-.... – La facturation d'honoraires supérieurs aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues à l'article L. 160-13 est interdite. »

OBJET

Le présent amendement pose l'interdiction des dépassements d'honoraires aux professionnels de santé libéraux.

Selon un rapport de la Cour des Comptes daté de novembre 2017, le taux moyen du dépassement pratiqué est de 56 %.

Les dépassements d'honoraires contribuent à aggraver les inégalités d'accès aux soins pour nos concitoyen.ne.s.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	331
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 16

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 2^o de l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le tact et la mesure » sont remplacés par les mots : « 30 % du tarif opposable ».

OBJET

À travers cet amendement de repli, il est proposé d'encadrer la pratique des dépassements d'honoraires à 30 % du tarif opposable.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	519
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. TISSOT et ANTISTE, Mme ARTIGALAS, M. Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE,
M. DURAN, Mme GHALI, MM. Patrice JOLY, MANABLE, MARIE et MONTAUGÉ,
Mme TAILLÉ-POLIAN et MM. TOURENNE, VALLINI et VAUGRENARD

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 16

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 10^o de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Les conditions dans lesquelles les dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées s'appliquent à l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires. Cet encadrement de dépassements d'honoraires est applicable à partir du 1^{er} janvier 2020 ;

OBJET

Cet amendement, dont l'UFC-Que Choisir est à l'origine, propose un meilleur encadrement des dépassements d'honoraires.

L'aggravation de la fracture sanitaire est manifeste. Près d'un tiers des Français a aujourd'hui des difficultés d'accès géographique aux spécialités étudiées (pédiatres, gynécologues, ophtalmologistes), et un quart aux médecins généralistes. Selon une étude de l'association de consommateurs UFC-Que Choisir, ce sont plus de 8 Français sur 10 qui manquent de gynécologues et d'ophtalmologistes sans dépassements d'honoraires à moins de 45 minutes de leur domicile.

De 2012 à 2016, alors que l'inflation sur la période n'a pas été supérieure à 1 %, le tarif moyen d'une consultation a progressé de 3,2 % chez les généralistes, de 3,5 % chez les ophtalmologistes, de 5 % pour les gynécologues, et même de 8 % pour les pédiatres.

Aussi, cet amendement propose que les conventions définissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins mentionnent les conditions permettant que les pratiques tarifaires maîtrisées s'appliquent à l'ensemble des médecins situés en secteur 2.

Cet amendement permettrait d'améliorer l'accès aux soins des Français par la maîtrise des dépassements d'honoraires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	624 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes ROSSIGNOL et LEPAGE, M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. IACOVELLI et DAUDIGNY,
Mme CONCONNE, MM. MANABLE, DEVINAZ, Martial BOURQUIN, TOURENNE et TEMAL,
Mmes MONIER et BLONDIN, M. MAZUIR, Mme GRELET-CERTENAIS et M. LECONTE

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 17 BIS (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'amélioration de l'accompagnement au cours de la grossesse, qui examine notamment les modalités de systématisation de l'entretien prénatal prévu au dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique, la prévention des violences gynécologiques et obstétricales, la manière de garantir le droit à choisir les circonstances de la naissance.

OBJET

Le présent amendement rétablit l'article 17 bis en ajoutant à ses attendus la prévention des violences gynécologiques et obstétricales et la garantie du droit à choisir les circonstances de la naissance.

Les témoignages de violences et de traumatismes subis dans le cadre de la grossesse ou du suivi gynécologiques se multiplient de manière exponentielle, au point qu'il est devenu rare de croiser une femme qui n'a pas une expérience désagréable (et c'est un euphémisme) à confier. Ces dénonciations sont régulièrement minimisées : ce sont des problèmes de femmes, c'est parce qu'elles sont douillettes, elles ne savent pas gérer la douleur, elles n'ont qu'à faire avec si elles veulent une contraception...

Ces souffrances et ces brimades n'ont qu'un objectif : affirmer aux femmes qu'elles ne disposent pas librement de leurs corps. Elles n'ont qu'une conséquence : les éloigner plus ou moins durablement d'un suivi gynécologique de qualité. Et pour les femmes enceintes, c'est la double peine : il semblerait que pour l'entourage médical, la grossesse les prive de toute opportunité à prendre des décisions. Leurs choix passent au second plan, hormones obligent... C'est la raison pour laquelle les auteurs de cet amendement estiment que le Sénat peut améliorer considérablement le texte de l'Assemblée, en votant ses dispositions.

Comme M. le Rapporteur l'a souligné en commission, le HCE et l'IGAS ont déjà examiné certains de ces sujets : mais avec quels résultats ?

Cet amendement est une invitation à agir, et à le faire vite, pour permettre aux femmes d'évoluer librement dans leurs parcours de santé ; et inviter les praticiens et praticiennes à traiter leurs patientes avec le même respect qu'ils s'attendent à recevoir dans le cabinet médical d'un confrère ou d'une consœur.

Quant au droit de choisir les circonstances de la naissance, il affirme les exigences jurisprudentielles de la Cour européenne des droits de l'homme (arrêt *Ternovszky v. Hungary*), qui déclare que les choix dans le domaine de l'accouchement relèvent des droits de la personne.

Actuellement, la standardisation des naissances induites par la concentration des établissements et la fermeture des maternités de proximité ; la faible diversification de l'offre d'accueil des naissances ; la possible non reconduction de l'expérimentation des maisons de naissance ; et l'impossibilité pour les sages-femmes d'être assurées pour les accouchements à domicile sont autant d'entraves à l'exercice d'un libre choix quant aux circonstances de la naissance.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	625 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme ROSSIGNOL, M. DAUDIGNY, Mmes JASMIN, MEUNIER et LEPAGE, MM. Patrice JOLY et IACOVELLI, Mme CONCONNE, MM. MANABLE, Martial BOURQUIN, TEMAL et DURAN, Mmes MONIER et BLONDIN, M. MAZUIR et Mme GRELET-CERTENAIS

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 17 TER

Après l'article 17 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 2212-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Elle ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie chirurgicale, par une sage-femme. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 2212-2, les mots : « , pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, » sont supprimés ;

3° L'article L. 4151-1 est ainsi modifié :

a) Au troisième alinéa, les mots : « ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse » sont supprimés ;

b) Après le même troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les sages-femmes peuvent réaliser les interruptions volontaires de grossesse, dans les conditions fixées aux articles L. 2212-1 à L. 2212-11. »

OBJET

Cet amendement est proposé par l'Ordre des Sages-femmes.

La mesure proposée vise à étendre les compétences des sages-femmes afin de leur permettre de pratiquer les interventions volontaires de grossesse par voie chirurgicale, jusqu'à la fin de la dixième semaine de grossesse.

Exerçant un rôle majeur en matière de santé sexuelle et reproductive, les sages-femmes sont particulièrement concernées par les choix politiques relatifs à la santé publique et à la prévention.

L'extension de leurs compétences en matière d'IVG médicamenteuse depuis la loi du 26 janvier 2016 correspond à la pratique d'un métier qui évolue, faisant de ces professionnel.le.s de santé des partenaires particulièrement important.e.s de la santé des femmes.

Depuis quinze ans, le nombre de centres d'IVG a fortement diminué en France, créant de fortes disparités et entraînant des difficultés d'accès aux soins pour les femmes. Le droit à l'IVG, qui constitue un droit fondamental essentiel à la liberté, à l'autonomie et à l'émancipation des femmes, est de plus en plus menacé par la désertification médicale, l'accroissement des délais d'accès et la mobilisation par les praticiens de la clause de conscience spécifique.

Aussi, l'extension des compétences des sages-femmes en matière de pratique de l'IVG chirurgicale est indispensable afin de garantir et préserver le choix des femmes quant à la méthode prévue par la loi.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	348 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

5 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 17 TER

Après l'article 17 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« À titre expérimental, pour une durée de trois ans, les sages-femmes peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales.

« Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement. »

OBJET

Depuis 2016, les sages-femmes peuvent pratiquer une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

Le Code de la santé publique garantit la liberté pour les femmes de choisir entre l'IVG médicamenteuse et instrumentale. Compte tenu du déséquilibre actuel de l'offre de soins du aux départs à la retraite de médecins et aux fermetures de centres IVG, pour que ce droit soit réellement effectif, il est indispensable que la France compte suffisamment de praticien.ne.s habilité.e.s à pratiquer des IVG instrumentales.

Nous reprenons une revendication de nombreuses associations comme l'association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC), le Planning familial, le syndicat de médecine générale et des structures représentatives des sages-femmes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	78 rect. ter
----------------	--------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. MOUILLER, BONNE et SOL, Mme DUMAS, MM. DAUBRESSE, GUERRIAU, MORISSET et Daniel LAURENT, Mme DEROMEDI, M. Loïc HERVÉ, Mme LAMURE, MM. KENNEL et MANDELLI, Mme BRUGUIÈRE, MM. MOGA, Bernard FOURNIER, CUYPERS, GENEST, PRIOU et REVET, Mmes DEROCHE, RAMOND, ESTROSI SASSONE et GRUNY, M. BRISSON, Mme BONFANTI-DOSSAT, M. SAVARY, Mmes Laure DARCOS, LASSARADE, CANAYER et PROCACCIA, M. SAURY, Mmes RICHER et CHAUVIN et MM. PONIATOWSKI, de NICOLAY, BOULOUX et POINTEREAU

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 18

Après l'alinéa 1

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 313-1-1 est ainsi modifié :

- a) La deuxième phrase du deuxième alinéa du I est supprimée ;
- b) Au début du 1^o du II, sont ajoutés les mots : « Les extensions et » ;

OBJET

Cet amendement vise à approfondir les dispositions portées par le texte initial en matière de recours à la procédure d'appel à projet pour les établissements médico-sociaux. En effet, le texte suggère d'exonérer de cette procédure lourde et chronophage les projets de transformations d'établissements lorsque ces derniers sont signataires de CPOM ; l'amendement suggère d'étendre cette exonération aux projets d'extensions lorsque ces dernières ne dépassent pas un seuil capacitaire de 30 %.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	40 rect. ter
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme MALET, M. CHARON, Mmes DEROMEDI et MORHET-RICHAUD, MM. RAPIN et Daniel LAURENT, Mmes DINDAR, GARRIAUD-MAYLAM et DEROCHE, MM. SIDO et BRISSON, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. DÉTRAIGNE, CUYPERS, PERRIN, RAISON, MANDELLI et LAMÉNIÉ, Mmes DELMONT-KOROPOULIS et Anne-Marie BERTRAND et M. GREMILLET

ARTICLE 18

Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le II de l'article L. 313-1-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les projets d'extension de capacité des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du L. 312-1 ; »

OBJET

Le parc d'appartements de coordination thérapeutique est composé de 2300 places pour une centaine d'organisations gestionnaires avec une moyenne de 20 places par établissement. Dans chaque région, des petits établissements associatifs se sont ouverts pour mailler les territoires. Chaque organisation gestionnaire est située sur un territoire qui lui est attribué par l'ARS.

Face aux 10 000 demandes d'admission annuelle, la Stratégie de lutte contre la précarité a prévu, en lien avec les Projets régionaux de santé de mieux doter chaque organisation existante avec 300 places supplémentaires par an. La règle des 30% d'extension, hors appel à projet, devient alors très lourde pour ces petites structures car les ARS, pour ouvrir parfois un très petit nombre places (3 ou 4), doivent recourir à cette procédure lorsque l'association gestionnaire a déjà atteint ses 30%.

Cette situation renforce la dispersion des actions entre de nombreuses associations tout en contraignant les ARS à multiplier leur dialogue de gestion avec chacune des organisations.

Ainsi, le présent amendement propose d'ajouter à la liste des établissements exonérés de la procédure d'appel à projet les appartements de coordination thérapeutique au même titre que les CADA.

Tel est l'objet de cet amendement



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	482
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 18

Alinéas 2 à 5

Remplacer ces alinéas par dix-sept alinéas ainsi rédigés :

1^o L'article L. 313-1-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-1-1. – I. – Sont soumis à autorisation des autorités compétentes en application de l'article L. 313-3, les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1, les projets de lieux de vie et d'accueil, ainsi que les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code.

« Lorsque les projets font appel, partiellement ou intégralement, à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé. Les financements publics mentionnés au présent alinéa s'entendent de ceux qu'apportent directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, les personnes morales de droit public ou les organismes de sécurité sociale en vue de supporter en tout ou partie des dépenses de fonctionnement.

« Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue au deuxième alinéa du présent I s'applique.

« Les conditions d'application du présent I sont définies par décret en Conseil d'État.

« II.- Sont exonérés de la procédure d'appel à projet mentionnée au I :

« 1^o Les projets d'extension inférieure à un seuil fixé par décret ;

« 2° Les opérations de regroupement d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux par les gestionnaires détenteurs des autorisations délivrées en application de l'article L. 313-1, si elles entraînent des extensions de capacités inférieures au seuil prévu au 1° du présent II ;

« 3° Les projets de transformation d'établissements ou de services ne comportant pas de modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1 ;

« 4° Les projets de transformation d'établissements et de services avec modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et sous réserve que, lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ;

« 5° Les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

« 6° Les projets de création et d'extension des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article L. 312-1 ;

« 7° Les projets d'extension de capacité des établissements et services médico-sociaux n'excédant pas une capacité de dix places ou lits, inférieure à un seuil fixé par décret ;

« 8° Les projets de création, de transformation et d'extension des centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1 ;

« 9° Les projets de création, de transformation et d'extension des établissements et services de l'État mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 315-2 ;

« 10° Les projets de création, de transformation et d'extension des établissements et services non personnalisés des départements et aux établissements publics départementaux lorsqu'ils relèvent de la compétence exclusive du président du conseil départemental, mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 315-2.

« La commission d'information et de sélection mentionnée au I donne son avis sur les projets mentionnés au 4°, 5° et 10° du présent II. » ;

OBJET

Cet amendement vise à réécrire de façon plus lisible, sans en modifier leur teneur, les dispositions régissant le procédure d'appel à projets préalable à l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, issues de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 et qui ont été largement modifiées depuis avec l'introduction de nouvelles exceptions au recours à la procédure d'appel à projet.

Dans un souci de clarté, la nouvelle rédaction de l'article expose dans un I le champ d'application de droit commun de la procédure d'appel à projet et liste dans un II tous les

cas d'exonération de la procédure d'appel à projet, dont certains figurent dans d'autres dispositions du code de l'action sociale et des familles.

Cet amendement de simplification intègre à l'identique les dispositions adoptées en première lecture à l'Assemblée nationale visant à la suppression de l'obligation de recourir à un appel à projet pour une opération de transformation d'établissements et de services avec modification de la catégorie des bénéficiaires, dès lors que l'opération envisagée entraîne une extension de sa capacité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	42 rect.
----------------	-------------

31 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes MALET, DINDAR, DEROMEDI, MORHET-RICHAUD et BILLON, MM. CHARON, RAPIN et Daniel LAURENT, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et DEROUCHE, MM. SIDO et BRISSON, Mme BONFANTI-DOSSAT et MM. CUYPERS, PERRIN, RAISON, PONIATOWSKI, MANDELLI et LAMÉNIE

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 18

Alinéa 4

Après la référence :

L. 312-1,

insérer les mots :

à l'exception des appartements de coordination thérapeutique, des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie, et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues mentionnés au 9^o du I du même article L. 312-1,

OBJET

Les établissements du 9^oL312-1 ont été créés pour permettre aux personnes malades de bénéficier d'un accompagnement ouvert, en milieu ordinaire.

Comme souligné par le Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale qui a donné un avis défavorable pour la transformation de places hospitalières en places d'appartements de coordination thérapeutique (ACT), les ACT sont des établissements principalement diffus. Ils ne sont pas situés dans des Hôpitaux pour garantir l'exercice de la citoyenneté et l'autonomie des personnes accompagnées. Les appartements ne sont pas regroupés car ils peuvent accompagner des personnes malades sans logement à l'histoire et au profil très différents (ex : un mineur atteint d'un cancer avec sa famille, des personnes en fin de vie sortant de prison, des femmes isolées, des usagers de drogues, des personnes rencontrant des difficultés de santé mentale et de handicap psychique...).

Ce regroupement d'appartements sur un même site ou une gestion hospitalière s'oppose au principe même de création des ACT en 1996, qui ont toujours eu pour mission

d'accompagner les personnes dans la cité en les accompagnant dans un parcours résidentiel, un parcours de santé et un retour aux droits et à l'autonomie.

Les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CAARUD) et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CSAPA) sont des établissements de proximité qui gèrent différentes missions ambulatoires et/ou résidentielles portées par des équipes pluri-professionnelles.

Ces petits établissements médico-sociaux maillent l'ensemble du territoire national dans les lieux où sont les besoins. Une planification par transformation de places hospitalières n'aurait que peu de sens, car concentrerait les situations de précarité dans un contexte hospitalier.

Tel est l'objet de cet amendement



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	739
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Tombé	

MM. SUEUR, JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE, Sylvie ROBERT et TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 18

Alinéa 4

Après la référence :

L. 312-1,

insérer les mots :

à l'exception des appartements de coordination thérapeutique, des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie, et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues mentionnés au 9^o du I du même article L. 312-1,

OBJET

Cet amendement de repli du groupe socialiste vise à exclure des transformations hospitalières, les établissements mentionnés à l'alinéa 9^o de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles : les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD).

Ces établissements ont été créés pour permettre aux personnes malades de bénéficier d'un accompagnement ouvert, en milieu ordinaire.

Comme souligné par le Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale, les ACT sont des établissements principalement diffus. Ils ne sont pas situés dans des hôpitaux afin

de garantir l'autonomie des personnes accompagnées. Les appartements ne sont pas regroupés car ils peuvent accompagner des personnes malades et sans logement qui ont des histoires et profils très différents (exemples : un mineur atteint d'un cancer avec sa famille, des personnes en fin de vie sortant de prison, des consommateurs de drogues, des personnes rencontrant des difficultés de santé mentale et de handicap psychique...).

Or, le regroupement d'ACT sur un même site ou dans une gestion hospitalière s'oppose au principe même de leur création, en 1996. En effet, ils ont toujours eu pour mission d'accompagner les personnes dans un parcours résidentiel, un parcours de santé et un retour aux droits et à l'autonomie.

Les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) sont des établissements de proximité qui gèrent différentes missions ambulatoires et/ou résidentielles portées par des équipes pluriprofessionnelles. Ces petits établissements médico-sociaux maillent l'ensemble du territoire national dans les lieux où sont les besoins. Leur transformation en places hospitalières n'aurait que peu de sens, car concentrerait les situations de précarité dans un contexte hospitalier.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	738
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 18

Alinéas 6 et 7

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste, proposé par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), vise à supprimer une disposition non adaptée à la réalité des acteurs visés : les associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

L'extension de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) non obligatoires alourdit considérablement la procédure budgétaire et de tarification pour ces structures médico-sociales qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques (LHSS et LAM*, ACT*, CSAPA* et CAARUD*) de taille réduite. Généraliser l'EPRD fragiliserait des structures qui n'ont pas toujours les ressources en interne pour ce type de procédure. C'est leur complexifier la tâche et non pas la simplifier. Cette disposition pourrait être un frein pour les établissements et services médico-sociaux spécifiques s'engageant sur la base du volontariat dans une logique de contractualisation (CPOM). Les ARS ne sont pas à ce jour en mesure d'accompagner et de suivre ces nouvelles procédures dans les meilleures conditions.

En outre, les textes prévoient déjà la possibilité d'étendre le CPOM et l'EPRD pour les gestionnaires multi-activités sous CPOM obligatoire (secteur Personnes âgées et personnes en situation de handicap) aux ESMS dits spécifiques.

LHSS et LAM* : « lits halte soins santé » et « lits d'accueil médicalisés »

ACT* : appartements de coordination thérapeutique

CSAPA* : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CAARUD* : centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	565
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 18

I. – Alinéas 6 et 7

Remplacer ces alinéas par sept alinéas ainsi rédigés :

2° L'article L. 313-11 est ainsi modifié :

a) A la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « ans », sont insérés les mots : « , prorogables dans la limite d'une sixième année » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces contrats impliquent un ou plusieurs établissements ou services mentionnés aux 6°, 7°, 9° et 12° du I de l'article L. 312-1, sans qu'ils relèvent du IV ter de l'article L. 313-12 ou de l'article L. 313-12-2, et qu'ils fixent les éléments pluriannuels du budget de ces établissements et services, le cadre budgétaire appliqué est l'état des prévisions de recettes et de dépenses, dont le modèle est fixé par l'arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales prévu à la deuxième phrase de l'article L. 314-7-1, à la demande du gestionnaire et sous réserve de l'accord de l'autorité de tarification compétente. »

I bis. – Après l'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-7-... ainsi rédigé :

« Art. L. 314-7-.... – Lorsque l'état des prévisions de recettes et de dépenses mentionné à l'article L. 314-7-1 s'applique à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11, l'élaboration et la présentation de ce document budgétaire peut, sous réserve de l'accord des parties, être réalisée par anticipation au titre de l'exercice budgétaire qui précède l'entrée en vigueur du contrat. Dans ce cas, le gestionnaire élabore le budget des établissements et services concernés, dans le délai mentionné à l'article L. 315-15, à partir des dernières notifications budgétaires effectuées par l'autorité de tarification compétente. Les recettes prévues par le gestionnaire peuvent comprendre une actualisation des moyens qui n'engage pas cette autorité. Les règles

budgétaires liées à l'état des prévisions de recettes et de dépenses s'appliquent dès cet exercice. À la clôture de celui-ci, le gestionnaire affecte les résultats comptables conformément aux dispositions du contrat.

« À défaut de conclusion du contrat mentionné à l'article L. 313-11 au plus tard dans les douze mois qui suivent l'acceptation par l'autorité chargée de la tarification de la présentation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, les règles budgétaires prévues au présent article ne sont plus applicables. »

III. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le I bis entre en vigueur le 1^{er} octobre 2019.

OBJET

Le présent amendement vise à accélérer la dynamique des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) pour mieux reconnaître et valoriser la responsabilité des gestionnaires, comme des autorités de contrôle et de tarification, dans un dialogue de gestion de qualité et s'inscrivant dans une perspective pluriannuelle.

La présentation des comptes des établissements sociaux et médico-sociaux sous la forme d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) constitue en effet une avancée majeure de ces dernières années et un outil stratégique de gouvernance pour l'organisme gestionnaire. Elle est conditionnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'autorité de tarification. Cet outil financier du CPOM est en effet adapté à une approche budgétaire pluriannuelle et permet de mieux reconnaître et valoriser la responsabilité des gestionnaires.

Cependant, son élaboration peut être trop lourde pour certains gestionnaires et bloquer le mouvement général de la contractualisation, qui est l'outil principal de la transformation de l'offre. C'est particulièrement le cas pour les structures accompagnant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictologie, précarité) pour lesquelles l'article 18, dans sa rédaction actuelle, rend obligatoire ce cadre budgétaire de l'EPRD dès lors qu'ils concluent un CPOM. Le I du présent amendement rend donc ce passage à l'EPRD facultatif pour les structures accompagnant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques qui signent un CPOM facultatif, afin de ne pas bloquer le processus de contractualisation.

À l'inverse, pour les établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées non soumis à l'obligation de CPOM, le passage à l'EPRD n'est pas autorisé lorsqu'ils signent un CPOM facultatif. L'amendement remédie à cette situation, si gestionnaires et conseils départementaux s'accordent.

Par ailleurs, le II du présent amendement vise à accélérer la dynamique des CPOM et des EPRD pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités de contrôle et de tarification qui le souhaiteraient ensemble. En effet, il permet aux gestionnaires qui le souhaitent, et après accord de l'autorité de tarification, de présenter leurs comptes par anticipation sous la forme d'un EPRD, pour l'exercice budgétaire qui précède l'entrée en vigueur d'un CPOM. À la clôture de cet exercice, le gestionnaire affectera les résultats comptables conformément aux dispositions du CPOM, qui sera alors entré en vigueur.

Cet amendement procède aussi à une simplification et une harmonisation avec les dispositions dont bénéficient les établissements et services sociaux et médico-sociaux de statut public, rattachés à des établissements publics de santé, qui bénéficient déjà de la présentation et de la gestion budgétaires sous la forme d'un EPRD.

Enfin, l'amendement prévoit la possibilité de proroger la durée d'un CPOM d'une année, afin de tenir compte d'éventuels allongements de temps de négociation dans le renouvellement de ces contrats.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	134 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. SOL, Mmes EUSTACHE-BRINIO et DEROCHÉ, MM. CALVET et GUERRIAU, Mme Laure DARCOS, MM. BRISSON et MORISSET, Mmes BRUGUIÈRE, GRUNY, MORHET-RICHAUD, BERTHET, DEROMEDI et BONFANTI-DOSSAT, MM. DECOOL et MOGA, Mme KAUFFMANN, MM. LEFÈVRE, DÉTRAGNE, GENEST et PONIATOWSKI, Mme RAIMOND-PAVERO, M. MOUILLER, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et CHAUVIN, MM. MANDELLI et BONNE, Mme DELMONT-KOROPOULIS, MM. LAMÉNIE, MEURANT, PIERRE, PIEDNOIR et BOULOUX, Mme Anne-Marie BERTRAND, M. CHARON et Mme LAMURE

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

ARTICLE 18

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces contrats impliquent un ou plusieurs établissements ou services mentionnés au 6^o du I de l'article L. 312-1, ils prennent en compte, le cas échéant, le nombre d'infirmiers auxquels ils recourent titulaires d'une spécialisation en gériatrie répondant à des conditions fixées par décret. »

OBJET

Cet amendement vise à faire en sorte que les CPOM conclus avec des établissements ou services de prise en charge de personnes âgées, et notamment les EHPAD, prennent en compte, ce qui semble la moindre des choses, la qualification de leurs infirmiers en ce domaine. Il appartiendra au pouvoir réglementaire de fixer les conditions d'accès à cette spécialisation.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	344
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 18

Alinéas 9 à 17

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Le 1^o du III de l'article 18 prévoit que les captages d'eau d'origine souterraine dont le débit exploité est inférieur, en moyenne annuelle, à 100 m³ par jour, ne feront l'objet que d'un simple périmètre de protection immédiate, rendant impossible de mettre en place un périmètre de protection rapprochée ou éloignée, à moins que l'eau ne soit déjà polluée.

Il n'y a pourtant aucune raison pour que le volume d'eau prélevée chaque jour détermine le niveau de protection nécessaire.

La grande majorité des captages a un débit inférieur au 100 m³/j, appartenant le plus souvent à de petites communes en zone rurale cela revient à ce que les petites communes aient des ressources en eau moins bien protégées que les autres, ce qui est inacceptable.

Par ailleurs le 2^o du III restreint la participation du public sur les actes modifiant les périmètres de protection des captages.

Par conséquent, nous demandons la suppression de ces dispositions qui libéralisent la réglementation pourtant essentielle de protection des populations.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	612 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Adopté	

M. HUSSON, Mme LAVARDE, M. BASCHER, Mmes GRUNY et LASSARADE, MM. LEFÈVRE, SAVIN et BRISSON, Mmes Laure DARCOS, DEROMEDI et NOËL et MM. HOUPERT, SIDO, MANDELLI, LAMÉNIE, REVET et KAROUTCHI

ARTICLE 18

Alinéas 9 à 17

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Cet amendement propose de supprimer les dispositions relatives au périmètre de protection des captages d'eau.

L'article 18 propose de simplifier la procédure d'instauration des périmètres de protection des captages d'eau destinée à l'alimentation humaine, en conservant un simple périmètre de protection immédiate pour les captages dont le débit est inférieur à 100m³ par jour. Le périmètre de protection rapprochée et le périmètre de protection éloignée seraient maintenus uniquement s'il s'avère que l'eau est déjà polluée, ce qui est contraire au principe de précaution. On passe, en effet, pour les petits captages, qui se trouvent majoritairement dans les petites communes en zone rurale, d'une logique préventive à une logique curative.

Cette approche n'est pas à la hauteur du véritable enjeu de santé publique que représente la gestion des ressources en eau potable, ressource qui risque de se raréfier alors que notre pays, comme le reste du monde, va devoir s'adapter aux conséquences du changement climatique.

Les agences de l'eau, qui financent et accompagnent ces procédures, reconnaissent l'utilité de la procédure actuelle de périmètre de protection des captages. Les trois niveaux de protection (immédiat, rapproché, éloigné) sont indispensables pour éviter une pollution potentielle, notamment grâce aux études hydrogéologiques menées à cette occasion.

Il convient de mieux accompagner les collectivités et non d'alléger la procédure actuelle, garante d'une préservation et d'une qualité optimale de la ressource en eau.

De plus, cette nouvelle procédure va créer une iniquité entre les collectivités ayant œuvré à l'origine pour la mise en place d'un périmètre de protection avec toutes les garanties et les autres, qui se contenteront d'un périmètre de protection immédiat.

C'est pourquoi cet amendement demande la suppression des dispositions relatives au périmètre de protection des captages d'eau, afin de conserver la procédure actuelle.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	686
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. TISSOT, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mme BONNEFOY, M. DAGBERT, Mme Martine FILLEUL, MM. HOULLEGATTE, JACQUIN et MADRELLE, Mmes PRÉVILLE et TOCQUEVILLE, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mme HARRIBEY, M. LUREL, Mme BLONDIN, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mmes GHALI et Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, M. TEMAL et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 18

Alinéas 9 à 17

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Cet amendement, dont France Nature Environnement est à l'origine, vise à maintenir une protection adaptée de l'eau potable.

Actuellement, pour protéger la qualité des eaux, l'acte portant déclaration d'utilité publique des travaux de prélèvement d'eau destinée à l'alimentation humaine détermine autour du point de prélèvement un périmètre de protection immédiate dont les terrains sont à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection rapprochée à l'intérieur duquel peuvent être interdits ou réglementés toutes sortes d'installations, travaux, activités, dépôts, ouvrages, aménagement ou occupation des sols de nature à nuire directement ou indirectement à la qualité des eaux et, le cas échéant, un périmètre de protection éloignée à l'intérieur duquel peuvent être réglementés les installations, travaux, activités, dépôts, ouvrages, aménagement ou occupation des sols et dépôts ci-dessus mentionnés.

Le 1^o du II de l'article 18 prévoit que les captages d'eau d'origine souterraine dont le débit exploité est inférieur, en moyenne annuelle, à 100 m³ par jour, ne feront l'objet que d'un simple périmètre de protection immédiate, rendant impossible de mettre en place un périmètre de protection rapprochée ou éloignée, à moins que l'eau ne soit déjà polluée.

On passe donc pour les petits captages d'une logique de prévention de la pollution de l'eau à une logique où la pollution doit être avérée pour qu'une protection puisse être mise en place. Il n'y a pourtant aucune raison pour que le volume d'eau prélevée chaque jour détermine le niveau de protection nécessaire et donc de la gestion des risques de pollution potentiels pour les populations. Quelle que soit la taille du captage, celui-ci doit être protégé de la même manière car les risques d'accident ou d'écoulement accidentel sont les mêmes. Le risque de pollution est donc identique.

La grande majorité de nos captages a un débit inférieur au 100 m³/j, appartenant le plus souvent à de petites communes en zone rurale. Soit la taille du périmètre immédiat devra être plus importante pour les débits inférieurs à 100 m³/j mais cela engendrait alors d'importants problèmes de foncier et de finances pour les communes concernées. Soit cela revient à ce que les petites communes aient des ressources en eau moins bien protégées que les autres, ce qui est inacceptable.

Il est à noter que le Conseil National de l'Eau n'a pas été consulté sur ces dispositions.

Le 2° du II restreint la participation du public sur les actes modifiant les périmètres de protection des captages. Cela n'apparaît pas pertinent.

Il s'agit ici d'alimentation en eau potable des populations. Il est nécessaire d'avoir une réglementation contraignante dans le but de protéger les populations.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	234 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Retiré	

Mmes HARRIBEY et ARTIGALAS, M. Jacques BIGOT, Mmes BONNEFOY et
CONWAY-MOURET, M. DURAN, Mme GUILLEMOT, M. Patrice JOLY, Mme Gisèle JOURDA et
M. KERROUCHE

ARTICLE 18

I. – Après l’alinéa 28

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase du 2°, le mot : « Deux » est remplacé par le mot : « Trois » ;

II. – Après l’alinéa 30

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« - dans les domaines de l’aménagement en santé du territoire. Ses membres ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de cette commission ne peut être pris en charge par une personne publique.

OBJET

Les élus locaux sont directement concernés par l’organisation de l’offre de soins sur les territoires. Ils s’y impliquent depuis des années et y consacrent de plus en plus de financements en soutenant notamment les projets des professionnels de santé.

Or, ils se sentent trop souvent exclus des processus de décision, relégués à un rôle de financeurs et seulement présents dans des instances de concertation au milieu d’autres acteurs de la santé qui n’ont pas tous les mêmes intérêts.

C’est pourquoi cet amendement propose qu’une nouvelle commission de coordination des politiques de santé soit instituée pour traiter spécifiquement de la question de l’aménagement en santé des territoires. Les modalités de son organisation –prévoyant sa déclinaison départementale- seront fixées par décret.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	603 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 18

I. – Alinéa 29

Remplacer cet alinéa par trois alinéas ainsi rédigés :

1^o Au premier alinéa du 2^o , le mot : « Deux » est remplacé par le mot : « Trois » et les mots : « , dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, » sont supprimés ;

2^o Le 2^o est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« – dans le domaine de l'organisation territoriale des soins. Les membres de cette commission ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de cette commission ne peut être pris en charge par une personne publique. »

II. – Alinéa 31

Remplacer les mots :

les deux

par les mots :

, sous réserve de l'avis conforme d'une majorité qualifiée de leurs membres, les trois, ou deux des trois

OBJET

Les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, les services de l'État et les organismes de sécurité sociale agissent, dans leur domaine de compétence, en faveur de la santé de la population. Une coordination de leurs interventions est nécessaire. Elle est déjà à l'œuvre avec les commissions de coordination des politiques publiques.

L'article 1432-1 du code de la santé publique prévoit l'existence de commissions : l'une dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ; l'autre dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Il est proposé de préciser de prévoir une troisième commission dans le domaine de l'organisation territoriale des soins.

La composition et les modalités de fonctionnement de ces commissions sont précisées par décret.

La faculté de fusionner les trois, ou deux ou trois de ces commissions est prévue, sous réserve de l'avis d'une majorité qualifiée de leurs membres, dans la mesure où certains participants à ces différentes commissions sont communs.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	281
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 18

Après l'alinéa 31

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Au deuxième alinéa du 2^o de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après les mots : « promotion de la santé », sont insérés les mots : « , de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins ».

OBJET

Les auteur.e.s de l'amendement proposent d'ajouter au champ de compétence des commissions de coordination des politiques publiques de santé, la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins, en l'intégrant aux prérogatives de la première commission.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	811
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 18

Alinéa 37

Rédiger ainsi cet alinéa :

VI. - Au 14^o du IV de l'article 96 de la loi n^o 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, les mots : « 5^o et 6^o de l'article L. 142-2 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 142-2, à l'exclusion du 4^o », et les mots : « 8^o et 9^o de l'article L. 142-1 » sont remplacés par les mots : « aux 4^o, 5^o, 6^o, 8^o et 9^o de l'article L. 142-1 ».

OBJET

Coordination avec la loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	158 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. BONNE et BONHOMME, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. BASCHER et CHAIZE, Mmes Laure DARCOS, DELMONT-KOROPOULIS, ESTROSI SASSONE, BRUGUIÈRE et LASSARADE, MM. LEFÈVRE, Daniel LAURENT et LAMÉNIÉ, Mmes GRUNY et GARRIAUD-MAYLAM, MM. MAYET, MANABLE, MANDELLI, MOGA, MOUILLER, MORISSET, PELLE VAT, REVET, SAVARY, VOGEL et DÉRIOT, Mme Anne-Marie BERTRAND, M. Jean-Marc BOYER et Mmes DEROCHÉ et LAMURE

ARTICLE 18

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Au premier alinéa de l'article 63 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, après le mot : « mentionnés », sont insérés les mots : « au 6° et ».

OBJET

Cet amendement s'inscrit dans la perspective ouverte par le rapport de notre collègue Philippe Mouiller, dans la suite duquel le Sénat a adopté au PLFSS 2019 un mécanisme innovant de délégation de gestion entre autorités de tarification, ARS et conseils départementaux, pour les établissements et services cofinancés dans le secteur du handicap.

L'objectif du présent amendement est d'élargir ce dispositif aux EHPAD, qui se caractérisent eux aussi par une dualité dommageable d'autorités tarifaires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	486
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 18

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – L'article 49 de la loi n^o 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est ainsi modifié :

1^o Au premier alinéa, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « le 31 décembre 2021 » ;

2^o Au dernier alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2021 ».

OBJET

La loi n^o 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a permis la mise en œuvre d'expérimentations d'un modèle d'organisation intégrée des services polyvalent d'aides et de soins à domicile (SPASAD intégrés), avec l'objectif de renforcer les liens entre les différents services intervenant aux domiciles des personnes âgées ou handicapées : ceux en charge de l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), et ceux y dispensant des soins, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Dans un contexte où 36 % des personnes âgées suivies dans le cadre de l'expérimentation sont seules, ce modèle d'organisation permet de simplifier l'accompagnement à domicile afin de favoriser une prise en charge coordonnée et globale. Cette simplification se décline alors à la fois pour les usagers des SPASAD, qui sont des publics fragiles, mais également pour les professionnels, avec le renforcement du partage de compétences et d'information entre les intervenants de l'aide et du soin.

Le démarrage de ces expérimentations a été assujéti à la signature pour chacune des structures candidates d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Les expérimentations avaient une durée fixée par la loi de deux ans, avec la perspective de contribuer à l'évolution législative ou réglementaire dans ce domaine afin de permettre une meilleure lisibilité de l'offre pour l'usager et les aidants, et de contribuer à une amélioration des prises en charge.

Or, le rapport remis à la Ministre des Solidarités et de la Santé à la suite de la concertation nationale « grand âge et autonomie », lancée le 1^{er} octobre 2018, aborde plus globalement la question de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées, à domicile et en établissement. Ce rapport insiste en particulier sur la nécessité d'une plus grande articulation des différentes offres et de leur simplification. La question du devenir des services polyvalent d'aide et de soins à domicile, et des suites à donner à l'expérimentation de leurs formes intégrées ont alors fait l'objet de propositions de réforme dans ce rapport. Il convient donc d'articuler et de mettre en cohérence la suite donnée aux expérimentations en cours avec les orientations plus globales issues de la concertation, qui seront mises en œuvre au travers d'un projet de loi à venir d'ici la fin de l'année 2019.

Dans ce contexte, afin de ne pas stopper les organisations en mode SPASAD intégrés mises en place via l'expérimentation et de ne pas préempter les suites des travaux préparatoires du projet de loi « grand âge et autonomie » sur les SPASAD, le gouvernement propose par cet amendement de prolonger les expérimentations en cours.

L'article proposé prévoit également que le prolongement de la durée de l'expérimentation permette l'éligibilité des actions de prévention aux financements prévues de la conférence des financeurs mentionné à l'article L. 233-1 du même code sur l'ensemble de la période.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	167 rect.
----------------	--------------

2 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. DÉRIOT, Mme IMBERT, MM. MILON et MORISSET, Mme DEROMEDI, M. BONHOMME, Mme LASSARADE, MM. REVET, SAVARY, MOUILLER, CUYPERS, MANDELLI, CHARON, BOULOUX et POINTEREAU et Mme DEROCHE

C	Favorable
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 18

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5125-14 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Tout contrat ayant vocation à permettre l'entrée dans le capital d'une société d'officine, de personnes non titulaires d'un titre, diplôme ou certificat de pharmacien mentionnés aux articles L. 4221-1 et suivants, est porté à la connaissance du conseil de l'ordre compétent dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 4221-19. »

OBJET

La législation interdit à des investisseurs extérieurs d'être propriétaire d'une officine. Cependant, des montages financiers détournent cette disposition du code de la santé publique. Certains fonds d'investissement proposent aujourd'hui à des jeunes pharmaciens, désireux d'acquérir leur première pharmacie, des obligations convertibles en action (OCA), alternatives ou compléments des prêts bancaires classiques.

L'émission d'obligation permet à une société d'exercice libéral d'émettre des obligations convertibles en actions en faveur d'un fonds d'investissement, qui en contrepartie prête l'argent nécessaire à l'acquisition de l'officine à des taux prohibitifs. Ce montage spéculatif permet à ces fonds extérieurs d'investir dans des officines.

Les contrats des OCA sont particulièrement contraignants financièrement et les modalités de remboursement, les objectifs du fonds ne prennent pas en compte la gestion de l'officine ou sa trésorerie. Ces contrats nuisent clairement à l'indépendance du pharmacien qui doit rembourser des taux d'intérêt prohibitifs.

Ces contrats doivent être transmis à l'Ordre national des pharmaciens afin qu'il puisse s'assurer du respect de la législation en vigueur.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	508 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE, MALHURET et Alain MARC,
Mme MÉLOT, MM. MENONVILLE et WATTEBLED, Mmes GUILLOTIN, NOËL et BERTHET,
MM. GABOUTY et NOUGEIN, Mme Nathalie DELATTRE et M. LAMÉNIE

C	Favorable
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 18

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5125-14 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Tout contrat ayant vocation à permettre l'entrée dans le capital d'une société d'officine, de personnes non titulaires d'un titre, diplôme ou certificat de pharmacien mentionnés aux articles L. 4221-1 et suivants, est porté à la connaissance du conseil de l'ordre compétent dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 4221-19. »

OBJET

La législation interdit à des investisseurs extérieurs d'être propriétaire d'une officine.

Cependant, des montages financiers détournent cette disposition du code de la santé publique.

Certains fonds d'investissement proposent aujourd'hui à des jeunes pharmaciens, désireux d'acquérir leur première pharmacie, des obligations convertibles en action (OCA), alternatives ou compléments des prêts bancaires classiques.

L'émission d'obligation permet à une société d'exercice libéral d'émettre des obligations convertibles en actions en faveur d'un fonds d'investissement, qui en contrepartie prête l'argent nécessaire à l'acquisition de l'officine à des taux prohibitifs. Ce montage spéculatif permet à ces fonds extérieurs d'investir dans des officines.

Les contrats des OCA sont particulièrement contraignants financièrement et les modalités de remboursement, les objectifs du fonds ne prennent pas en compte la gestion de

l'officine ou sa trésorerie. Ces contrats nuisent clairement à l'indépendance du pharmacien qui doit rembourser des taux d'intérêt prohibitifs.

Ces contrats doivent être transmis à l'Ordre national des pharmaciens afin qu'il puisse s'assurer du respect de la législation en vigueur.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	567
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

MM. MOHAMED SOILHI, HASSANI, AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER,
MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET,
DENNEMONT, GATTOLIN, HAUT, KARAM, MARCHAND, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et
RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 18

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4412-1 du code de la santé publique est abrogé.

OBJET

L'article L.4412-1 remet en cause le maillage officinal à Mayotte, et ce, malgré une présence pharmaceutique suffisante et répondant aux besoins de la population en termes d'approvisionnement des médicaments notamment.

Par ailleurs, l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine souligne que la dispensation au détail des médicaments est réservée par la loi aux pharmacies d'officine.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	566
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. MOHAMED SOILHI, HASSANI, AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER,
MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET,
DENNEMONT, GATTOLIN, HAUT, KARAM, MARCHAND, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et
RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 18

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5511-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« “Le représentant de l'État peut surseoir à la création d'une officine, en application des alinéas précédents, tant qu'un centre de consultation périphérique délivre des médicaments aux patients ambulatoires dans la commune ou dans le secteur sanitaire concerné.” »

OBJET

L'article L. 5511-3 prévoit la création d'une licence de pharmacie par tranche entière de 7 500 habitants recensés dans le secteur sanitaire ou dans la commune de plus de 15 000 habitants. En outre, le représentant de l'État « en vue d'assurer une desserte satisfaisante de la population peut désigner la commune dans laquelle l'officine doit être située ».

Malgré cette particularité, les officines de Mayotte sont confrontées à la présence historique de centres de consultation périphériques, qui dispensent des médicaments à la population, comptabilisée pour définir les tranches de 7 500 habitants.

Aussi, l'ouverture des officines doit pouvoir, pendant une période de transition, être adaptée par le représentant de l'État en fonction des spécificités mahoraises.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	18 rect.
----------------	-------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes Catherine FOURNIER, GUIDEZ
et les membres du groupe Union Centriste

C	Favorable
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 18 BIS

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4112-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, cette dérogation est accordée de droit pour exercer à titre accessoire, dans les limites prévues par ledit code de déontologie, dans une ou plusieurs des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1^o de l'article L. 1434-4, sous réserve que l'intéressé en informe le conseil départemental de l'ordre de sa résidence professionnelle et celui du département dans lequel il souhaite exercer accessoirement. »

OBJET

Cet amendement tend à simplifier les conditions d'installation à titre secondaire de médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes dans les zones sous-denses en subordonnant cette installation à une simple déclaration auprès des conseils départementaux de leur ordre (1. du lieu où se trouve leur résidence professionnelle / 2. de la zone où ils entendent exercer à titre accessoire).

Il s'inscrit dans l'esprit d'autres dispositions du projet de loi, notamment de son article 5 qui permet à des étudiants de troisième cycle, sous certaines conditions, d'exercer la médecine dans ces zones, comme adjoint d'un médecin, sur autorisation du conseil départemental de leur ordre.

Si l'on peut comprendre l'exigence d'une telle autorisation pour des personnes qui, par hypothèse, n'ont pas encore la qualité de médecin et qui viendraient renforcer un cabinet médical, il semblerait logique de ne pas se montrer aussi formaliste pour un médecin déjà inscrit au conseil de l'ordre et qui agirait non pas dans une optique de renforcement de son cabinet mais d'optimisation de son offre de soins (c'est en effet le même praticien, et non

une tierce personne, qui, en cas de besoin, apporterait son concours à une zone sous-dense).



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	19 rect.
----------------	-------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

Mme DOINEAU, MM. VANLERENBERGHE et HENNO, Mmes DINDAR, Catherine FOURNIER,
GUIDEZ
et les membres du groupe Union Centriste

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 18 BIS

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4112-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, cette dérogation est accordée de droit pour exercer à titre accessoire, dans les limites prévues par ledit code de déontologie, la médecine dans une ou plusieurs des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1^o de l'article L. 1434-4, sous réserve que l'intéressé en informe le conseil départemental de l'ordre de sa résidence professionnelle et celui du département dans lequel il souhaite exercer accessoirement. »

OBJET

Cet amendement tend à simplifier les conditions d'installation à titre secondaire de médecins dans les zones sous-denses en subordonnant cette installation à une simple déclaration auprès des conseils départementaux de leur ordre (1. du lieu où se trouve leur résidence professionnelle / 2. de la zone où ils entendent exercer à titre accessoire).

Il s'inscrit dans l'esprit d'autres dispositions du projet de loi, notamment de son article 5 qui permet à des étudiants de troisième cycle, sous certaines conditions, d'exercer la médecine dans ces zones, comme adjoint d'un médecin, sur autorisation du conseil départemental de leur ordre.

Si l'on peut comprendre l'exigence d'une telle autorisation pour des personnes qui, par hypothèse, n'ont pas encore la qualité de médecin et qui viendraient renforcer un cabinet médical, il semblerait logique de ne pas se montrer aussi formaliste pour un médecin déjà inscrit au conseil de l'ordre et qui agirait non pas dans une optique de renforcement de son cabinet mais d'optimisation de son offre de soins (c'est en effet le même praticien, et non

une tierce personne, qui, en cas de besoin, apporterait son concours à une zone sous-dense).



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	220 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme FÉRET, M. TISSOT, Mme JASMIN, MM. VAUGRENARD et MONTAUGÉ,
Mmes TAILLÉ-POLIAN et Gisèle JOURDA, MM. DAUDIGNY, TOURENNE, Jacques BIGOT,
DURAN, COURTEAU et KERROUCHE, Mmes GUILLEMOT, ARTIGALAS et PEROL-DUMONT,
MM. TEMAL et BÉRIT-DÉBAT, Mme MONIER et M. MAZUIR

ARTICLE 19

Alinéas 1 à 7

Supprimer ces alinéas.

OBJET

Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont un rôle structurel dans l'organisation territoriale de la santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé, les centres de santé, comme les maisons de santé sont profondément liées aux ARS des territoires sur lesquels ils sont implantés. Toute décision concernant ces différentes entités doit associer étroitement l'ensemble des acteurs locaux (élus, professionnels de santé, ...).

Si, a priori, les objectifs de simplification peuvent être partagés, les contours proposés dans la rédaction actuelle de l'article sont beaucoup trop vagues pour être validés en l'état. L'habilitation à agir par ordonnance accordée au Gouvernement laisse craindre des prises de décisions déconnectées des territoires.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	743
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme FÉRET, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 19

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Renforcer le lien entre les agences régionales de santé et les territoires.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste a été proposé par l'AMF.

Les élus locaux attendent des ARS qu'elles les impliquent davantage dans les décisions concernant leur territoire, mais aussi qu'elles leur apportent une réelle aide à l'ingénierie pour les projets qu'ils portent et surtout des cofinancements pérennes. Ils considèrent, par ailleurs, que la structuration actuelle des ARS les éloigne de l'échelon territorial de proximité que représentent les communes et intercommunalités.

Cet amendement vise à favoriser la mise en place d'un partenariat équilibré entre les ARS et les Collectivités locales.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	659 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Sagesse du Sénat
Rejeté	

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, CABANEL, CASTELLI et CORBISEZ, Mme Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY et GUÉRINI, Mme JOUVE et MM. REQUIER et VALL

ARTICLE 19

Alinéa 4

Après le mot :

primaires,

insérer les mots :

des équipes de soins spécialisés,

OBJET

Afin de favoriser le développement d'un exercice coordonné, cet amendement intègre les équipes de soins spécialisés à la liste des structures d'exercice coordonné.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	332
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 19

Alinéa 4

Supprimer les mots :

, des centres de santé

OBJET

L'article 19 est un article complexe qui traite notamment à l'alinéa 4 de l'habilitation du gouvernement à prendre les mesures permettant de « favoriser le développement de l'exercice coordonné au sein des communautés professionnelles territoriales de santé [...] en adaptant leurs objets, leurs statuts et leurs régimes fiscaux respectifs ou en créant de nouveaux cadres ».

Ces dispositions semblent s'adresser aux professionnels exerçant en libéral dans le cadre des futurs assistants médicaux qui nécessitent des évolutions juridiques pour les structures comme les maisons de santé exerçant en libérale qui devront accueillir des professionnels salariés.

En tout état de cause, la mention « centres de santé ».

Tel est le sens de notre amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	648 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND, CABANEL, CASTELLI et
CORBISEZ, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY et GUÉRINI, Mme JOUVE et
MM. LÉONHARDT, REQUIER et VALL

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 19

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

sans critère d'exclusion à l'égard des médecins libéraux ou association de médecins libéraux

OBJET

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les projets territoriaux de santé sont des moyens de consolidation de l'exercice coordonné. Il serait ainsi pertinent de garantir l'accès et la participation à ces structures de l'ensemble des acteurs de santé, dont les médecins généralistes libéraux et les associations de médecins généralistes libéraux qui exercent en cabinet ou en visite. C'est l'objet du présent amendement qui s'inscrit dans une dynamique de décloisonnement à tous les niveaux et notamment entre secteurs public et privé, afin d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins dispensés.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	143 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

Mme BONFANTI-DOSSAT, M. BRISSON, Mme EUSTACHE-BRINIO, MM. LEFÈVRE, de NICOLAY, COURTIAL, VOGEL et MORISSET, Mmes PUISSAT, GRUNY, MORHET-RICHAUD, DEROMEDI et TROENDLÉ, MM. PONIATOWSKI et GENEST, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. PELLEVAL et CHARON, Mmes LAMURE et de CIDRAC et MM. SEGOUIN et LAMÉNIÉ

ARTICLE 19

Alinéa 6

Après le mot :

individuels

insérer le mot :

, équitables

OBJET

Cet amendement a pour objectif de garantir une rémunération juste entre professionnels de santé réalisant le même acte, lorsqu'ils sont membres d'une même communauté professionnelle territoriale de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	787
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 19

Alinéa 8

Rétablir le 4^o dans la rédaction suivante :

4^o Prévoir les conditions d'emploi et de rémunération par la structure de professionnels participant à ses missions ainsi que des personnels intervenant auprès de médecins pour les assister dans leur pratique quotidienne.

OBJET

La mesure vise à permettre l'évolution des structures d'exercice coordonné pour assurer pleinement leurs missions et faire face à tous les enjeux de l'accès aux soins. Parmi ces enjeux figure celui des modes d'exercice des professionnels de santé et des assistants médicaux. Cette habilitation permettra aux maisons de santé de salarier notamment des assistants médicaux.

Les modalités d'emploi des assistants médicaux tels qu'issues des négociations conventionnelles seront sans doute plurielles et il convient à ce stade de n'en exclure aucune.

Le salariat par la maison de santé constitue donc l'une de ces modalités qu'il convient d'envisager sans pour autant l'imposer dans la mesure où elle sert aussi bien l'intérêt des médecins qui pourront se regrouper pour proposer un seul contrat de travail que celui de l'assistant médical, qui aura un seul employeur et non plusieurs.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	347
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Sagesse du Sénat
Adopté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 19

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le i du 2^o du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

OBJET

Ces dispositions ont été adoptées lors de la discussion sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, au Sénat, contre l'avis du Gouvernement.

Cet article autorise à titre expérimental pour une durée de 5 ans à déroger à l'article L 6323-1-5 du code de la Santé Publique qui dispose que « Les professionnels qui exercent au sein des centres de santé sont salariés ».

Cette expérimentation entre en contradiction avec un des principes fondant les centres de santé, à savoir, le salariat, qui participe de l'efficacité et de la pertinence de ce mode d'exercice regroupé coordonné.

C'est pourquoi, les auteur.e.s de l'amendement proposent la suppression de ces dispositions.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	411 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme JASMIN, MM. LUREL, KERROUCHE et ANTISTE et Mme CONCONNE

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 19

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Dans les collectivités régies par l'article 73 de la constitution, les agences régionales de santé peuvent conclure des contrats de coopération sanitaires ou médico-sociales, après accord des ministres concernés.

II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

Cet amendement vise à étendre les pouvoirs des ARS locales notamment afin de tenir compte des problématiques soulevées par les évacuations sanitaires surtout lors de la prise en charge tant médicales que sociales de situations graves comme les cancers pédiatriques.

Il est proposé par cet amendement de conclure au niveau local des programmes de coopération sanitaires mais aussi médico-sociales pilotés par les ARS locales.

Cette coopération décentralisée permettrait de faciliter l'accès aux soins pour les populations et de mieux coordonner l'offre de soins ou la recherche avec d'autres régions françaises ou avec d'autres pays frontaliers.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	568
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. MOHAMED SOILHI, HASSANI, THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER,
MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET,
DENNEMONT, GATTOLIN, HAUT, KARAM, MARCHAND, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et
RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 19

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le financement de la nouvelle Agence régionale de santé de Mayotte.

OBJET

La création de la nouvelle ARS Mayotte va engager une nouvelle répartition du budget jusqu'alors alloué à l'ARS Océan Indien.

Il nous paraît important par l'intermédiaire de ce rapport d'apporter toute la transparence possible à cette nouvelle distribution des crédits budgétaires, étant donné la situation sanitaire particulière complexe et périlleuse que connaît Mayotte.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	484
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 19 BIS AA

Supprimer cet article.

OBJET

L'article 19 *bis* AA prévoit de revenir sur les règles de composition et de vote au sein du conseil de surveillance des agences régionales de santé (ARS). Or, les ARS sont des établissements publics administratifs sous tutelle de l'État même si leur champ d'action est régional : il est donc logique que l'État y conserve la majorité des votes.

Il est également proposé que le président du conseil d'administration soit élu parmi les représentants des collectivités territoriales. Or, le droit à la protection de la santé est un principe constitutionnel dont la responsabilité incombe à l'État au titre des droits créances énumérés par le préambule de la constitution de 1946. Ce principe a été réaffirmé par la loi avec l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique qui confirme la responsabilité de l'État sur la politique de santé ; il constitue une garantie d'égalité sur l'ensemble du territoire à laquelle nos citoyens sont fortement attachés.

S'agissant de la possibilité pour le conseil de surveillance de se saisir de tout sujet entrant dans le champ de compétence, il est déjà prévu que le conseil de surveillance émette un avis « au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence ».



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	93 rect.
----------------	-------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

M. SAVARY, Mmes BERTHET et BONFANTI-DOSSAT, MM. BONNE, BOULOUX, Jean-Marc BOYER et BRISSON, Mmes BRUGUIÈRE et CHAIN-LARCHÉ, MM. CHAIZE, CUYPERS et DANESI, Mme Laure DARCOS, MM. DAUBRESSE et de LEGGE, Mme DELMONT-KOROPOULIS, M. del PICCHIA, Mmes DEROCHE, DEROMEDI, DI FOLCO, ESTROSI SASSONE et EUSTACHE-BRINIO, M. Bernard FOURNIER, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. GENEST et GREMILLET, Mmes GRUNY et IMBERT, MM. KAROUTCHI, KENNEL et LAMÉNIE, Mme LAMURE, MM. Daniel LAURENT, LEFÈVRE, LONGUET et MANDELLI, Mme Marie MERCIER, M. MEURANT, Mme MORHET-RICHAUD, MM. MORISSET, MOUILLER, PIEDNOIR et PIERRE, Mme PUISSAT, MM. RAPIN, RETAILLEAU, REVET, SAURY et SIDO, Mme THOMAS et M. VOGEL

ARTICLE 19 BIS AA

Alinéa 5

Remplacer les mots :

un représentant des collectivités territoriales, élu parmi ses membres

par les mots :

le président du conseil régional ou son représentant

OBJET

Conformément aux préconisations émises dans le cadre du rapport de la MECSS sur les ARS publié en 2014, visant à renforcer le rôle du conseil de surveillance de ces agences pour lui permettre d'être un « contre-pouvoir » de son directeur général, cet amendement confère au Président du Conseil régional, le pouvoir de présider le Conseil de Surveillance de l'Agence Régionale de Santé de la région dont il dépend.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	812
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 19 BIS AA

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – À l'avant-dernier alinéa du II et à la première phrase du premier alinéa du III de l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, le mot : « septième » est remplacé par le mot : « sixième ».

OBJET

Amendement de coordination



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	340
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 19 BIS A (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après le 3^o du I de l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, il est inséré un 3^o bis ainsi rédigé :

« 3^o bis D'un député et d'un sénateur élus dans le ressort de la région ; ».

OBJET

Alors que les parlementaires ne sont pas associés aux décisions de santé de leur territoire, il semble contradictoire que le Sénat supprime cette disposition.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	475
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 19 BIS A (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après le 3^o du I de l'article L. 1432-3 du code de la santé publique, il est inséré un 3^o bis ainsi rédigé :

« 3^o bis D'un député et d'un sénateur élus dans le ressort de la région ; ».

OBJET

Cet amendement prévoit de rétablir la participation de parlementaires au conseil de surveillance des agences régionales de santé. Le conseil de surveillance, présidé par le Préfet de région, comporte déjà des représentants des élus des collectivités territoriales.

Le conseil de surveillance émet un avis sur le projet régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence. Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire. La présence de parlementaires dans cette instance leur permettra de suivre l'action des agences régionales de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	813
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 19 TER

Alinéa 18

Remplacer les références :

6° et 9° de l'article L. 321-1

par les références :

5° et 6° de l'article L. 160-8

OBJET

Correction d'une erreur de référence



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	788
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Rejeté	

ARTICLE 19 QUATER (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, après le mot : « malades, », sont insérés les mots : « ni aux détenteurs d'une qualification professionnelle figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et exerçant, dans la limite de leur formation, l'activité d'assistant médical, ».

OBJET

La création d'ici la fin du quinquennat de 4 000 postes d'assistants médicaux constitue une mesure forte de Ma Santé 2022, qui doit permettre de libérer massivement du temps médical donc de renforcer l'accès aux soins ainsi que la qualité des prises en charge.

Des négociations conventionnelles se sont ouvertes en janvier afin de déterminer les conditions d'exercice et de rémunération de ces assistants médicaux, ainsi que les engagements exigés des médecins en contrepartie du soutien financier de l'Assurance Maladie. Un projet d'accord est soumis à la validation des organisations syndicales de médecins libéraux.

Dans les lignes directrices adressées au Président de l'UNCAM avant l'ouverture de ces négociations, la Ministre des Solidarités a souhaité que les missions confiées aux assistants médicaux puissent avoir, pour partie, une dimension soignante. Sont ainsi visées des missions simples telles que la prise de constantes ou l'aide à la réalisation de certains examens techniques, susceptibles d'appuyer le médecin pendant la consultation.

Les partenaires conventionnels envisagent de permettre l'accès de professionnels administratifs à cette nouvelle fonction d'assistant médical. N'étant pas professionnels de santé, la réalisation de gestes soignants, même simples – prendre la tension d'un patient par exemple –, les exposerait à un risque de poursuites pour exercice illégal de la médecine. Le Gouvernement souhaite donc rétablir la disposition qui permettra de sécuriser, de manière délimitée et circonstanciée, la pratique professionnelle des futurs assistants médicaux.

Le référentiel de compétences sera défini plus précisément par la branche professionnelle des cabinets médicaux et adossé à une qualification professionnelle proposée en formation initiale ou continue.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	744
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 19 QUATER (SUPPRIMÉ)

Après l'article 19 quater

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « La condition d'exercice coordonné ne s'applique pas aux médecins exerçant dans les zones mentionnées au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. »

OBJET

Cet amendement, adopté au Sénat lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 mais dont la modification a été supprimée à l'Assemblée nationale, vise à permettre que les médecins exerçant en zones sous dotées puissent recruter des assistants médicaux même s'ils ne s'inscrivent pas dans un mode d'exercice coordonné.

La stratégie « Ma santé 2022 » prévoit le déploiement d'ici 2022 de 4000 assistants médicaux chargés d'appuyer les médecins dans leurs tâches quotidiennes afin de libérer du temps médical. C'était l'objet de l'article 29 *quater* du Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Dans son dispositif, le gouvernement avait, en revanche, souhaité conditionner la possibilité pour un médecin de recruter un assistant médical au fait d'exercer de manière coordonnée. Or les médecins qui ont le plus besoin de libérer du temps médical sont ceux qui exercent dans les zones en carence et donc sont ceux qui, bien souvent, exercent de manière isolée.

Le déploiement des assistants médicaux ne répondra pas efficacement aux besoins de libération de temps médical et de résorption des déserts médicaux si cette condition du mode d'exercice coordonné est maintenue. Cet amendement y remédie.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	479
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 20

I. – Alinéa 22

Remplacer les mots :

la première occurrence du mot : « du »

par les mots :

les mots : « d'élaboration »

et le mot :

plan

par les mots :

des plans

et les mots :

, et des plans des établissements

par les mots :

par les établissements de santé et par les établissements et services

II. – Alinéa 35

1^o Après les mots :

d'établissements

insérer les mots :

et services médico-sociaux

2° Remplacer les mots :

modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas

par les mots :

mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment

OBJET

Cet amendement répond à un double objectif.

En premier lieu, il procède à une harmonisation de l'intitulé des plans détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situation sanitaire exceptionnelle et qui concernent tant le secteur hospitalier que le secteur médico-social. Il assure également une homogénéisation des sources concernant ces plans entre le secteur personnes âgées et personnes handicapées dans le secteur médico-social, qui étaient antérieurement réglementées par des normes de valeurs différentes. Cet amendement fait converger les vocables applicables à l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales, permettant leur rapprochement et facilitant leur coopération.

En second lieu, il étend l'application du dispositif aux services médico-sociaux. L'objectif poursuivi est ici de permettre aux SSIAD, mais également aux SPASAD, de participer aux mesures à mettre en œuvre en cas d'évènement perturbant l'organisation des soins, notamment du fait de leur rapidité de déploiement. La circonscription aux seuls SSIAD et SPASAD parmi les services médico-sociaux ainsi que la mise en place d'un guide spécifique les concernant pour la mise en place de plans en cas de situation sanitaire exceptionnelle sera précisée et déclinée par voie réglementaire et d'instruction.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N°	745
----	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme Martine FILLEUL, M. KANNER, Mme FÉRET, MM. JOMIER et DAUDIGNY,
Mmes GRELET-CERTENAIS, JASMIN, ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE et LUBIN,
M. TOURENNE, Mme HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT,
Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE,
MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA,
MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ,
Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN,
MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 20 BIS

Après l'article 20 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 3131-9-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les données recueillies ne peuvent être traitées à des fins de surveillance et sont supprimées dès la fin du dispositif "ORSAN" mentionné au premier alinéa du présent article. »

OBJET

L'utilisation d'un dispositif réservé aux situations sanitaires exceptionnelles nommé SI-VIC et mis en place à la suite des attentats de novembre 2015 semble avoir été dévoyée ces derniers mois.

Selon la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés), cette base de données vise à établir « une liste unique des victimes d'attentats pour l'information de leurs proches par la cellule interministérielle d'aide aux victimes » et peut être étendue à des « situations sanitaires exceptionnelles ».

Or, dans le contexte du mouvement social dit des « gilets jaunes », ce dispositif semble avoir été détourné par l'administration hospitalière et les agences régionales de santé

(ARS), notamment l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et l'ARS Ile-de-France.

Les autorités sanitaires ont enjoint médecins et équipes soignantes à rentrer dans cette base de données les patients « Gilets jaunes », à saisir leurs identités et données médicales mais aussi tout élément d'identification physique pour remonter des informations aux différentes autorités.

Cette pratique contestable voire illégale ne peut être permise.

Cet amendement du groupe socialiste renforce donc la protection des données personnelles, en précisant que les informations recueillies sont supprimées dès la fin du dispositif d'urgence qui a justifié le recours au fichier SI-VIC et ne peuvent être traitées à des fins de surveillance.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	58 rect.
----------------	-------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme NOËL, MM. Daniel LAURENT, DARNAUD et MORISSET, Mme DEROMEDI et M. LAMÉNIE

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 21

Après l'alinéa 3

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – À la seconde phrase du premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n^o 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, les mots : « aux épreuves » sont remplacés par les mots : « à l'examen ».

OBJET

Il y a un constat qui réunit tous les bords politiques : notre système de santé manque d'adaptation face aux mutations de la société du 21^{ème} siècle. Les praticiens ayant obtenu un diplôme hors union européenne ou les médecins Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises doivent actuellement passer un concours visant à lancer la procédure d'autorisation d'exercice de la médecine. Ils doivent par ailleurs justifier d'une expérience professionnelle de six ans. Cet amendement vise à supprimer la notion d'épreuve, de concours, pour la remplacer par le mot examen. En effet, le concours ouvre la porte à ces praticiens à un nombre de postes défini. Un médecin peut avoir une bonne note et ne pas être reçu. Par ailleurs réduire l'expérience nécessaire de six à trois permettra à ces derniers d'être plus nombreux à s'inscrire à l'examen. Les PADHUE sont aussi des acteurs permettant de réduire les déserts médicaux dans notre pays.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	687
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme LEPAGE, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 21

I. – Alinéa 7

Après le mot :

chirurgiens-dentistes

insérer les mots :

, quelle que soit leur nationalité,

II. – Alinéa 8

Après le mot :

médecins

insérer les mots :

, quelle que soit leur nationalité,

III. – Alinéa 29

Après le mot :

pharmaciens

insérer les mots :

, quelle que soit leur nationalité,

OBJET

Actuellement les médecins français ayant obtenu leur diplôme à l'étranger se voient discriminés du fait de leur nationalité française. En effet, les médecins français ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union Européenne se voient bien souvent dans l'impossibilité d'exercer ou de poursuivre leur formation en France tandis que leur condisciples étrangers, titulaires du même diplôme le peuvent.

Par cet amendement, le groupe socialiste entend garantir que les Français dans cette situation ne soient pas exclus du dispositif de régularisation.



**DIRECTION
DE LA SÉANCE**

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	783 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

Mme IMBERT, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mmes MALET et GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROCHÉ et RICHER, MM. Daniel LAURENT, SAVARY et MOUILLER, Mme GRUNY, M. GREMILLET et Mme MORHET-RICHAUD

ARTICLE 21

Alinéa 8

Après les mots :

permettant l'exercice

insérer les mots :

effectif et licite

OBJET

La seule obtention d'un diplôme qui permet l'exercice de la profession de médecin ne suffit pas à garantir que le titulaire fait preuve des connaissances, des compétences et des savoir-faire nécessaires pour l'exercice d'une spécialité médicale ou chirurgicale en France.

Le médecin doit pouvoir exercer de manière autonome dans l'État d'obtention du diplôme.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	260 rect. quinq uies
----	-------------------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, DECOOL, GUERRIAU, LAGOURGUE et Alain MARC, Mme MÉLOT,
MM. MENONVILLE, WATTEBLED, BOULOUX, BONHOMME, LAMÉNIE et MANDELLI et
Mmes DEROMEDI et NOËL

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 21

Alinéa 8

1° Après les mots :

certificat ou titre,

insérer les mots :

sont éligibles à la procédure de demande d'autorisation d'exercice. Les médecins concernés

2° Remplacer les mots :

se voient délivrer une attestation permettant un exercice temporaire

par les mots :

peuvent se voir délivrer une attestation autorisant la poursuite de leur activité

OBJET

Cet amendement vise à rendre éligible à la procédure de demande d'autorisation d'exercice l'ensemble des médecins à diplôme hors union européenne. Seuls les médecins remplissant les clauses prévues à l'alinéa 8 (conditions d'activité et durée) pourront bénéficier d'une attestation autorisant la poursuite de leur activité, dans l'attente de l'instruction de leur demande par la commission compétente, cela afin de ne pas désorganiser l'offre de soins.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	282
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 21

Alinéa 8

1^o Remplacer le mot :

présents

par les mots :

en activité

2^o Remplacer les mots :

entre le 1^{er} octobre 2018 et le 31 janvier 2019

par les mots :

avant le 31 octobre 2018

OBJET

La rédaction actuelle de l'alinéa 8 est trop restrictive, malgré les modifications apportées par le Rapporteur, pour répondre à la situation des PADHUE en exigeant que ces professionnels aient été effectivement présents dans un établissement de santé sur une période de temps précise et si courte.

Or, du fait de la précarité de leur travail et de leurs contrats, certains PADHUE n'étaient pas en poste à cette date, alors qu'ils l'ont été avant, au cours de l'année.

La nouvelle rédaction proposée par les auteur.e.s permet d'éviter cette date couperet.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	497 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE et Alain MARC, Mme MÉLOT,
MM. MENONVILLE, WATTEBLED et BONNE, Mmes DEROMEDI et NOËL et MM. MANDELLI,
LAMÉNIÉ et BONHOMME

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 21

Alinéa 8

Supprimer les mots :

entre le 1^{er} octobre 2018 et le 31 janvier 2019

OBJET

La condition d'une présence effective entre le 01 octobre 2018 et le 31 janvier 2019 sur le lieu d'exercice conduit à exclure du dispositif des professionnels pourtant étant en activité dans notre système de santé depuis 2015, et pour plusieurs années, du fait par exemple d'une période de latence entre deux contrats, d'une formation médicale ou une reconversion professionnelle provisoire dans le domaine de la santé.

Cet amendement vise donc à inclure le maximum de PADHUEs travaillant en tant que professionnels de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	727 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 21

Alinéas 8 et 29

Remplacer les mots :

entre le 1^{er} octobre 2018 et le 31 janvier 2019

par les mots :

au moins trois mois au cours de l'année civile 2018

OBJET

Pour être opérationnel le dispositif proposé pour les PADHUE ne doit pas prendre en compte une présence dans un établissement à une date donnée mais couvrir une période de présence, ce à quoi a souscrit la commission des affaires sociales mais en substituant à une date précise une période de date à date.

Or les PADHUE peuvent être recrutés à n'importe quel moment de l'année.

Aussi, afin de ne pas exclure injustement de cette loi un certain nombre de PADHUE, cet amendement du groupe socialiste propose de remplacer la période fixe proposée dans le texte de la commission par une période de poste d'au moins 3 mois au cours de l'année 2018.

Cette période de trois mois permet par ailleurs d'encadrer les craintes d'effet d'aubaine évoqué par la Ministre des Solidarités et de la Santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	378 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI et COLLIN, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY et GUÉRINI, Mme JOUVE et MM. REQUIER et VALL

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 21

Alinéa 8

Remplacer les mots :

entre le 1^{er} octobre 2018 et

par le mot :

avant

OBJET

Suite à l'adoption d'amendements en commission des affaires sociales, certains sujets demeurent en débat sur la situation des praticiens à diplôme hors Union européenne, notamment la période de 4 mois prévue par le texte de la commission. Si elle est plus étendue que la date prévue initialement, elle exclut de fait une partie des PADHUE, notamment ceux qui ont temporairement mis de côté leur activité professionnelle pour se consacrer au concours.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	498 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE et Alain MARC, Mme MÉLOT,
MM. MENONVILLE, WATTEBLED et BONNE, Mmes DEROMEDI et NOËL et MM. MANDELLI,
LAMÉNIE et BONHOMME

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 21

Alinéa 8

Remplacer les mots :

entre le 1^{er} octobre 2018 et le 31 janvier 2019

par les mots :

depuis 2015 jusqu'au 1^{er} octobre 2020**OBJET**

Amendement de repli

Cet amendement vise à élargir la notion des dates afin d'inclure les professionnels de santé ayant cumulé 2 ans d'activité dans le système de santé depuis 2015 jusqu'en octobre 2020, date de dépôt des dossiers des praticiens au niveau des commissions.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	814
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 21

Alinéas 8 et 29

Remplacer les mots :

dans un établissement public de santé, un établissement de santé privé d'intérêt collectif

par les mots :

dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique

OBJET

Cet amendement vise à élargir l'accès à la procédure d'autorisation d'exercice *ad hoc* et temporaire aux Padhue ayant exercé dans l'ensemble des établissements de santé.

Si, *a priori*, les Padhue actuellement en exercice devraient plutôt être en poste dans les établissements publics, sous des statuts tels que celui de Faisant fonction d'interne (FFI) ou Praticien assistant associé (PAA), il semble que certains d'entre eux aient pu être recrutés par des établissements de santé privés. Ces situations ont été favorisées par les recrutements illicites des établissements de santé, dans un cadre général de tolérance des situations souvent inadmissibles dans lesquelles se sont retrouvées les Padhue ; il me semble pourtant que nous devons nous montrer équitables et en tenir compte.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	747
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 21

Alinéas 8 et 29

Supprimer le mot :

public

et les mots :

, un établissement de santé privé d'intérêt collectif

OBJET

Le dispositif proposé pour les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) ne permet pas de couvrir toutes les situations de ces professionnels, notamment ceux exerçant dans des établissements de santé privés lucratifs, qui représentent 23% des lits en France.

Cet amendement propose de répondre à cet oubli et de permettre que les PADHUE en poste dans des cliniques notamment puissent déposer un dossier de demande d'autorisation d'exercice.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	377 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GUILLOTIN, MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI et COLLIN, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY et GUÉRINI, Mme JOUVE et MM. REQUIER et VALL

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

ARTICLE 21

Alinéa 8

Après le mot :

collectif

insérer les mots :

, un établissement de santé privé à but lucratif

OBJET

Suite à l'adoption d'amendements en commission des affaires sociales, certains sujets demeurent en débat sur la situation des praticiens à diplôme hors Union européenne. L'objectif de cet amendement est d'inclure dans le dispositif dérogatoire les nombreux PADHUE qui exercent en établissement privé à but lucratif.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	496 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE, MALHURET et Alain MARC,
Mme MÉLOT, MM. MENONVILLE, WATTEBLED et BONNE, Mmes DEROMEDI et NOËL et
MM. MANDELLI, LAMÉNIE et BONHOMME

C	Défavorable
G	Défavorable
Tombé	

ARTICLE 21

Alinéas 8 et 29

Après le mot :

médico-social

insérer les mots :

ou un établissement ou service de soins à but lucratif

OBJET

Beaucoup de PADHUE exercent dans des établissements de santé privés à but lucratif et des services de soins privés et donc ne remplissent pas la condition définie à l'alinéa 8 et 29 de l'article 21.

Cette exclusion reste incompréhensible du moment où que la quasi-totalité des PADHUE exerçant une profession paramédicale travaillent dans les établissements de santé privés à but lucratif. Au-delà de l'aspect juridique du statut de l'établissement, les institutions de soins à but lucratif offrent les mêmes services et soins au grand public et garantissent une prise en charge médicale complète dans un univers pluridisciplinaire.

Tel est l'objet de cet amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	781 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

Mme IMBERT, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mmes MALET et GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROICHE et RICHER, MM. Daniel LAURENT et SAVARY, Mme LASSARADE, M. MOUILLER, Mme GRUNY, M. GREMILLET et Mme MORHET-RICHAUD

ARTICLE 21

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Cette attestation dérogatoire d'activité est transmise par le médecin dans un délai de quinze jours auprès du conseil départemental de l'ordre des médecins du lieu de l'activité.

OBJET

Il est nécessaire que les conseils départementaux connaissent les médecins concernés par cette nouvelle procédure et qui exercent sur leur territoire, afin de satisfaire à l'obligation d'information auprès des médecins et des patients.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	782 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

Mme IMBERT, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mmes MALET et GARRIAUD-MAYLAM,
M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROCHÉ et RICHER, MM. Daniel LAURENT et
SAVARY, Mme LASSARADE, M. MOUILLER, Mme GRUNY, M. GREMILLET et
Mme MORHET-RICHAUD

ARTICLE 21

Alinéa 10, deuxième phrase

Remplacer le mot :

compétente

par les mots :

de la spécialité concernée

OBJET

Amendement rédactionnel de précision.

Les commissions nationales d'autorisation d'exercice formulant des avis sur les dossiers
des médecins sont constituées par spécialité.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	785 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Retiré	

Mme IMBERT, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mmes MALET et GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROCHÉ et RICHER, MM. Daniel LAURENT et SAVARY, Mme LASSARADE, M. MOUILLER, Mme GRUNY, M. GREMILLET et Mme MORHET-RICHAUD

ARTICLE 21

Alinéa 14

Remplacer le mot :

compétente

par les mots :

de la spécialité concernée

OBJET

Amendement rédactionnel de précision.

Les commissions nationales d'autorisation d'exercice formulant des avis sur les dossiers des candidats sont constituées par spécialité.



**DIRECTION
DE LA SÉANCE**

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	784 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme IMBERT, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mmes MALET et GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROCHÉ et RICHER, MM. Daniel LAURENT et SAVARY, Mme LASSARADE, M. MOUILLER, Mme GRUNY, M. GREMILLET et Mme MORHET-RICHAUD

C	Demande de retrait
G	
Retiré	

ARTICLE 21

Alinéas 16 et 17

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

« La commission nationale convoque les candidats pour audition.

OBJET

La commission nationale d'autorisation d'exercice ne saurait émettre un avis sans avoir auparavant auditionné le candidat.

En outre, dans l'hypothèse de défaut de compétence, il est essentiel que la commission nationale auditionne le candidat afin de définir le parcours de consolidation.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	206 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes DELMONT-KOROPOULIS, DEROMEDI et GRUNY, MM. MANDELLI, BONNE,
PIEDNOIR et LAMÉNIE et Mme BERTHET

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 21

Après l'alinéa 27

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« – Est considéré nul et non avvenu tout recrutement, hors les dispositifs législatifs existants, de médecins titulaires d'un diplôme, certificat ou titre obtenu dans un État autre que les États membres de l'Union européenne, les États parties à l'accord sur l'Espace économique européen ou la Confédération suisse. » ;

OBJET

L'interdiction des recrutements présente à l'article 60 de la loi n^o 99 641 du 27 juillet 1999 précitée est contournée. C'est d'ailleurs pourquoi l'article 21 du projet du Loi examiné procède à une procédure de régularisation.

Il est nécessaire de prévoir un dispositif plus contraignant afin d'éviter à nouveaux des recrutements en dehors de tout dispositif législatif existant.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	635 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

Mmes BERTHET, IMBERT et LASSARADE, M. BRISSON, Mmes DEROMEDI et GRUNY, M. LEFÈVRE, Mmes MORHET-RICHAUD, NOËL et PUISSAT, MM. PELLELAT, BONHOMME et BOULOUX, Mme DEROCHE, M. LAMÉNIE, Mme LAMURE et MM. REVET et SIDO

ARTICLE 21

I. – Après l’alinéa 27

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

Les médecins titulaires d’un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non-membre de l’Union européenne ou non partie à l’accord sur l’Espace économique européen et permettant l’exercice de la profession dans le pays d’obtention de ce diplôme, certificat ou titre ne satisfaisant pas aux conditions d’exercice mentionnées au premier alinéa du présent B mais ayant eu une activité en lien avec la santé pendant au moins deux ans en équivalent temps plein entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 janvier 2019 peuvent déposer avant le 1^{er} mars 2020 une demande de rattachement à la procédure temporaire d’autorisation d’exercice prévue par le présent B auprès de la commission nationale d’autorisation d’exercice. Cette commission, qui examine chaque dossier et peut auditionner tout candidat, peut autoriser le rattachement à cette procédure ou rejeter la demande du candidat avant le 1^{er} mars 2020.

II. – Après l’alinéa 46

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

Les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens titulaires d’un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non-membre de l’Union européenne ou non partie à l’accord sur l’Espace économique européen et permettant l’exercice de la profession dans le pays d’obtention de ce diplôme, certificat ou titre ne satisfaisant pas aux conditions d’exercice mentionnées au premier alinéa du présent V mais ayant eu une activité en lien avec la santé pendant au moins deux ans en équivalent temps plein entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 janvier 2019 peuvent déposer avant le 1^{er} mars 2020 une demande de rattachement à la procédure temporaire d’autorisation d’exercice prévue par le présent V auprès de la commission nationale d’autorisation d’exercice. Cette commission, qui examine chaque dossier et peut auditionner tout candidat, peut autoriser le rattachement à cette procédure ou rejeter la demande du candidat avant le 1^{er} mars 2020.

III. – Après l’alinéa 50

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions de mise en œuvre de la procédure de demande de rattachement mentionnée au dernier alinéa des IV et V. Cette procédure peut notamment concerner les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens qui auraient interrompu leur activité professionnelle pour présenter effectivement les épreuves mentionnées au I de l’article L. 4111-2 du code de la santé publique ou ceux ayant exercé dans une autorité, un établissement ou un organisme mentionné au premier alinéa de l’article L. 1411-5-1 du code de la santé publique. »

OBJET

La procédure temporaire et *ad hoc* d’autorisation d’exercice mise en place jusqu’en 2021 par l’article 21 constitue une réponse satisfaisante à la situation des Padhue exerçant actuellement en établissement de santé, et permettra de régulariser un grand nombre d’entre eux.

Pour autant, elle ne permet pas de régler la situation de l’ensemble des Padhue. Il n’est bien entendu pas souhaitable d’ouvrir trop largement la procédure temporaire prévue par l’article 21, pour deux raisons : il est indispensable de conserver une condition d’exercice minimale et récente pour garantir la qualité des soins dispensés aux patients ; il n’est pas souhaitable d’ouvrir la porte à un trop grand nombre de dossiers qui ne seraient de toute façon pas satisfaisants, au risque d’engorger la procédure d’autorisation d’exercice et de reporter sa date de fin.

Certaines situations paraissent cependant devoir être prises en compte. C’est par exemple le cas des Padhue qui ont accompli leur condition d’exercice non pas directement auprès des patients, mais dans une agence de santé telle que la Haute Autorité de santé (HAS), où ils ont également rendu de grands services à notre système de santé. Je pense également à ceux qui ont interrompu leur activité professionnelle pour préparer le concours exigeant de la liste A et s’inscrire ainsi dans la légalité.

Pour ces profils particuliers, je vous propose non pas d’élargir les conditions de la procédure d’autorisation d’exercice dérogatoire, mais de faire pré-examiner leur dossier par la commission nationale d’autorisation d’exercice, qui leur donnera ou non l’autorisation de se rattacher à la procédure d’autorisation dérogatoire. Il s’agit donc uniquement de leur donner ou non accès à cette procédure. Afin de ne pas engorger la commission nationale d’autorisation d’exercice, je vous propose par ailleurs de n’ouvrir cette possibilité que jusqu’au 1^{er} mars 2020, date à laquelle cette phase de pré-examen sera close.

Si aucune solution n'est véritablement satisfaisante au vu de la diversité des profils des Padhue, et des situations d'illégalité dans lesquelles ils sont cantonnés, cette mesure permettrait au moins de répondre à certaines situations particulièrement injustes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	816
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 21

Alinéas 70 et 72, deuxième phrase

Compléter cette phrase par les mots :

ou, sur délégation, du directeur général du centre national de gestion

OBJET

Amendement de coordination visant à étendre aux professions de chirurgien-dentiste et de sage-femme la possibilité (déjà prévue pour les Padhue médecins et pharmaciens) ouverte au ministre chargé de la santé de déléguer au directeur général du Centre national de gestion la décision d'affectation des lauréats des épreuves de vérification des connaissances pour la réalisation de leur parcours de consolidation des compétences.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	345
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 21

Alinéas 75 et 92

Après les mots :

présent article

insérer les mots :

, sauf les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen

OBJET

Actuellement les PADHUE peuvent exercer en France en passant un concours avec un nombre de places très limité dans la plupart des spécialités.

Cet amendement, propose de supprimer la limitation du nombre de tentatives pour passer les épreuves de vérification des connaissances, et ainsi donner la possibilité aux praticiennes et praticiens français de pouvoir re-candidater et augmenter leur chance de pouvoir exercer et vivre dans leur pays.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	165 rect.
----------------	--------------

2 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. DÉRIOT, Mme IMBERT, MM. MILON et MORISSET, Mme DEROMEDI, M. BONHOMME, Mme LASSARADE, M. REVET, Mme LOPEZ, MM. SAVARY, MOUILLER, CUYPERS, MANDELLI et CHARON, Mme Anne-Marie BERTRAND, M. BOULOUX et Mme DEROCHE

C	Sagesse du Sénat
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 21

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 1111-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le respect de l'article L. 1110-8, l'établissement de santé et les professionnels de santé y exerçant sont interdits d'influencer le patient quant au choix des professionnels intervenant dans sa prise en charge à domicile. »

OBJET

Le patient peut donner à l'établissement de santé, au sein duquel il est hospitalisé, les coordonnées du professionnel de santé de son choix afin d'organiser la continuité des soins et sa sortie, comme le prévoit l'article L.1111-2 du Code de la santé publique.

Aussi, il est indispensable que le choix du patient soit respecté, et particulièrement, lorsqu'il se trouve dans une situation fragile.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	43 rect.
----------------	-------------

31 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes MALET, DINDAR, DEROMEDI, MORHET-RICHAUD et BILLON, MM. CHARON et Daniel LAURENT, Mmes GARRIAUD-MAYLAM, DEROCHE et BONFANTI-DOSSAT et MM. SIDO, BRISSON, CUYPERS, LAMÉNIE et MANDELLI

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 21

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – La section 4 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 312-7-... ainsi rédigé :

« Art. L. 312-7-... – À titre expérimental, pour une durée de cinq ans, les appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9^o du I de l'article L. 312-1 peuvent fonctionner en service pluridisciplinaire médico psycho-sociales d'intervention à domicile pour prévenir les expulsions locatives des personnes malades. Les modalités de ces interventions sont fixées par voie réglementaire. »

II – Un rapport portant sur les conséquences du fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique sur le parcours des personnes malades et sur les établissements et services concernés est remis par le Gouvernement au Parlement à l'issue de l'expérimentation.

OBJET

Les Appartements de coordination sont des dispositifs médico-sociaux composés d'équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux de niveau II et III) permettant d'accompagner des personnes en situation de précarité, sans hébergement stable et atteintes d'une pathologie chronique. L'intervention des équipes d'accompagnement des ACT sous la forme de service, fait depuis plusieurs années, l'objet d'expériences locales et d'une expérimentation nationale pour 50 places

Cet amendement propose d'étendre ce dispositif à l'ensemble des départements.

Les interventions départementalisées seront notamment dédiées à l'analyse des causes, à la recherche et à la co-construction avec le locataire de solutions à mettre en œuvre, en

vue d'alimenter les CCAPEX (Commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions locatives) et les bailleurs.

Cette expérimentation nationale s'inscrit en cohérence entre les dispositifs santé et logement et trouve son origine dans le Plan interministériel de prévention des expulsions locatives et dans la Stratégie nationale de santé (axe I Prévention des conséquences sociales de la maladie).

Elle est économiquement utile car une expulsion locative coûte en moyenne à la société 16000€, tandis qu'une séquence d'intervention ACT pour prévenir l'expulsion locative revient en moyenne à 8500€.

Tel est l'objet de cet amendement



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	604
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. THÉOPHILE, AMIEL, KARAM, PATIENT, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON,
MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, LÉVRIER,
MARCHAND, MOHAMED SOILIH, NAVARRO, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT,
M. RICHARD, Mme SCHILLINGER et M. YUNG

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 21 BIS

Rédiger ainsi cet article :

Le code la santé publique est ainsi modifié :

1^o L'article L. 4131-5 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-5. – Par dérogation à l'article L. 4111-1 et jusqu'au 31 décembre 2025, les directeurs généraux des agences régionales de santé de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et le représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon, peuvent autoriser un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, ressortissant d'un pays autre que ceux mentionnés au 2^o de l'article L. 4111-1 ou titulaire d'un diplôme de médecine, d'odontologie ou de maïeutique, quel que soit le pays dans lequel ce diplôme a été obtenu, à exercer dans une structure de santé du ressort de leur compétence. Cette autorisation est délivrée par arrêté, pour une durée déterminée, après avis d'une commission territoriale d'autorisation d'exercice, constituée, par profession et, le cas échéant, par spécialité.

« Une commission territoriale d'autorisation d'exercice est constituée :

« 1^o Pour la Guyane et la Martinique ;

« 2^o Pour la Guadeloupe et Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Le nombre de professionnels autorisés à bénéficier des dispositions du premier alinéa du présent article est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé comprenant un nombre de postes, répartis, par collectivité, profession et le cas échéant, par spécialité, établie sur la base de propositions de chacune des agences régionales de santé concernées ou du représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de mise en œuvre du présent article notamment :

« 1° Les modalités d'établissement de l'arrêté fixant le nombre et la répartition territoriale des professionnels autorisés à bénéficier des dispositions du présent article ;

« 2° La composition et le fonctionnement des commissions territoriales constituées par profession et, le cas échéant, par spécialité ;

« 3° Les structures de santé au sein desquels ces professionnels peuvent exercer ;

« 4° Les modalités de mise en œuvre et de suivi de ces autorisations d'exercice dérogatoires. »

2° Après l'article L. 4221-14-2, il est inséré un article L. 4221-14-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4221-14-.... – Par dérogation à l'article L. 4221-1 et jusqu'au 31 décembre 2025, les directeurs généraux des agences régionales de santé de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, et le représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon, peuvent autoriser un pharmacien ressortissant d'un pays autre que ceux mentionnés au 2° de l'article L. 4221-1 ou titulaire d'un diplôme de pharmacie, quel que soit le pays dans lequel ce diplôme a été obtenu, à exercer dans une structure de santé du ressort de leur compétence. Cette autorisation est délivrée par arrêté, pour une durée déterminée, après avis d'une commission territoriale d'autorisation d'exercice.

« Une commission territoriale d'autorisation d'exercice est constituée :

« 1° Pour la Guyane et la Martinique,

« 2° Pour la Guadeloupe et Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Le nombre de professionnels autorisés à bénéficier des dispositions du premier alinéa du présent article est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé comprenant un nombre de postes, répartis, par collectivité, établie sur la base de propositions de chacune des agences régionales de santé concernées ou du représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de mise en œuvre du présent article notamment :

« 1° Les modalités d'établissement de l'arrêté fixant le nombre et la répartition territoriale des professionnels autorisés à bénéficier des dispositions du présent article ;

« 2° La composition et le fonctionnement des commissions territoriales ;

« 3° Les structures de santé au sein desquels ces professionnels peuvent exercer ;

« 4° Les modalités de mise en œuvre et de suivi de ces autorisations d'exercice dérogatoires. »

OBJET

La modification de l'article L. 4131-5 du code de la santé publique vise à améliorer et étendre à d'autres collectivités ultramarines de l'Atlantique le dispositif spécifique d'autorisation d'exercice applicable pour les médecins en Guyane et à

Saint-Pierre-et-Miquelon, issu des ordonnances n° 2005-56 du 26 janvier 2005 et n° 77-1102 du 26 septembre 1977.

Le présent amendement permet en outre de sécuriser et d'élargir à d'autres professions : chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien.

Une commission territoriale d'autorisation d'exercice devra émettre un avis préalablement à la délivrance de toute autorisation d'exercice, par arrêté du directeur général de l'ARS concernée (ou du représentant de l'État dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon). Cette autorisation d'exercice est temporaire et circonscrite à l'exercice au sein du territoire concerné et dans des structures de santé.

En effet, compte tenu des spécificités de ces territoires et de leurs difficultés particulières de recrutement et d'attractivité, il s'agit de permettre l'exercice temporaire de médecins, de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes et de pharmaciens, de plein exercice selon une procédure d'autorisation d'exercice *ad hoc*.

Deux commissions territoriales d'autorisation d'exercice, organisées par profession et, le cas échéant, par spécialité, seront constituées afin de garantir un recrutement de qualité permettant d'assurer la sécurité des soins.

Le nombre de professionnels autorisés à bénéficier de ces dispositions sera fixé par arrêté du ministre chargé de la santé comprenant un nombre de postes, répartis par collectivité, établi sur la base de propositions de chacune des agences régionales de santé concernées ou du représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	834
----------------	-----

6 JUIN 2019

S O U S - A M E N D E M E N T

à l'amendement n^o 604 de M. THÉOPHILE

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 21 BIS

Amendement n^o 604

1^o Alinéa 2

Au début, insérer la mention :

I. –

2^o Compléter cet amendement par un paragraphe ainsi rédigé :

II. – L'article L. 4131-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, demeure applicable jusqu'à la date d'entrée en vigueur du décret en Conseil d'État pris en application du I du présent article et, au plus tard, dans un délai d'un an suivant la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

OBJET

Le présent sous-amendement tend à prévoir une entrée en vigueur différée de l'amendement n^o 604 qui propose une nouvelle rédaction de l'article 21 *bis*.

Le dispositif existant pourra continuer à être utilisé en Guyane et à Saint-Pierre et Miquelon dans l'attente de la publication du décret d'application du nouveau dispositif. Tout risque de vide juridique sera ainsi écarté.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	833 rect.
----------------	--------------

6 JUIN 2019

S O U S - A M E N D E M E N T

à l'amendement n^o 604 de M. THÉOPHILE

présenté par

M. LUREL et Mme JASMIN

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE 21 BIS

Amendement n^o 604

I. – Alinéas 4 et 15

Après le mot :

Martinique

insérer les mots :

, le représentant de l'État à Saint-Martin

II. – Alinéas 7 et 18

Après le mot :

Guadeloupe

insérer les mots :

, Saint-Martin

III. – Alinéas 8 et 19

Après le mot :

Saint-Pierre-et-Miquelon

insérer les mots :

ou à Saint-Martin

OBJET

Ce sous-amendement propose d'étendre le dispositif dérogatoire prévu à l'article 21bis et amendé par l'amendement n°604 à la collectivité de Saint-Martin qui connaît les mêmes difficultés en terme de maillage sanitaire et d'offre de soins que les autres territoires visés par cet article.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	207 rect. ter
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme CONCONNE, MM. ANTISTE et LUREL, Mmes JASMIN et Gisèle JOURDA,
MM. KERROUCHE, MANABLE, DURAN et VAUGRENARD et Mmes LEPAGE et
GRELET-CERTENAIS

C	Demande de retrait
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 21 BIS

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 4131-5 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation aux dispositions du 1^o et du 2^o de l'article L. 4111-1, dans la collectivité territoriale de Martinique et la région de Guadeloupe, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, par arrêté, un médecin ressortissant d'un pays autre que ceux mentionnés au 2^o du même article L. 4111-1 ou titulaire d'un diplôme de médecine, quel que soit le pays dans lequel ce diplôme a été obtenu, à exercer dans la collectivité territoriale ou la région, sous réserve que ses qualifications et son expérience soient vérifiées par le conseil départemental de l'ordre des médecins auprès duquel il est tenu de s'inscrire.

« Pour l'application du troisième alinéa, le nombre de recrutements autorisés pour chaque territoire, ainsi que leur répartition dans les communes sous-denses en médecins, sont fixés chaque année par décret en Conseil d'État. »

OBJET

Les collectivités de Martinique et de Guadeloupe sont confrontées à un manque dramatique de médecins.

Ainsi, 29 communes sur les 34 communes que compte la Martinique ont été identifiées comme sous-denses en médecins généralistes par l'Agence régionale de santé de la Martinique. En Guadeloupe, le nord de la Grande-Terre et le sud de la Basse-Terre recherchent désespérément des médecins pour exercer localement.

Or, le vieillissement accéléré des populations de ces territoires augmente les besoins en personnels de santé et notamment en médecins, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, où certains services ont du mal à se maintenir faute de spécialistes.

Si l'on en croit le dernier Projet Régional de Santé 2018-2022 de la Martinique, les densités médicales dans ce territoire sont inférieures à la moyenne de la France hexagonale et l'on constate un vieillissement prononcé des médecins généralistes : 53 % des médecins généralistes en Martinique ont 55 ans ou plus en 2015, contre 49 % en France métropolitaine. En Guadeloupe, la moitié des cabinets de médecins généralistes devrait fermer dans les 5 prochaines années selon l'ARS.

La venue de médecins étrangers, en particulier de médecins cubains issus du même bassin caribéen et partageant, à bien des égards, une culture et des modes de vie communs, pourrait permettre de palier en partie ce vide médical.

Cet amendement qui s'inspire d'une dérogation déjà accordée à la Guyane depuis 2005 [Ordonnance n° 2005-56 du 26 janvier 2005 relative à l'extension et à l'adaptation du droit de la santé et de la sécurité sociale dans les départements d'outre-mer, à Mayotte et à Wallis et Futuna (article 6)], vise à donc à faciliter le recrutement et l'installation – après les vérifications adéquates – de médecins généralistes et spécialistes étrangers (hors UE) dans la collectivité territoriale de Martinique et la région de Guadeloupe, afin de combler ponctuellement les besoins en médecins recensés localement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	360 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	
Tombé	

MM. ARNELL, ARTANO, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE,
MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme COSTES, MM. GABOUTY, GOLD et GUÉRINI,
Mme GUILLOTIN, M. JEANSANNETAS, Mme JOUVE et MM. REQUIER, ROUX et VALL

ARTICLE 21 BIS

Après le mot :

Martinique

insérer les mots :

, de Saint-Martin

OBJET

Intégré en commission suite à un amendement du Rapporteur, cet article a pour but d'étendre à la Martinique et à la Guadeloupe un dispositif déjà en vigueur pour la Guyane, ouvrant aux praticiens à diplôme hors Union européenne un accès dérogatoire à l'autorisation d'exercice afin de répondre à l'insuffisante densité du maillage sanitaire de ces territoires.

Saint-Martin connaissant les mêmes difficultés que la Guadeloupe et la Martinique en terme de maillage sanitaire, il est proposé de l'intégrer à la liste des collectivités territoriales pouvant bénéficier de ce dispositif.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	474
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 21 BIS

Après l'article 21 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Le d du 2^o de l'article L. 4311-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Après la première occurrence du mot : « Lituanie », sont insérés les mots : « , de la Croatie » ;

b) Après la seconde occurrence du mot : « soviétique », sont insérés les mots : « de la Croatie ou » ;

2^o Le 2^o de l'article L. 4362-3 est ainsi modifié :

a) Les mots : « ni la formation, ni » sont remplacés par le mot : « pas » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Cette condition d'un an d'exercice professionnel n'est pas applicable lorsque la formation conduisant à cette profession est réglementée. » ;

3^o Le deuxième alinéa de l'article L. 4362-7 est ainsi modifié :

a) Les mots : « ou la formation conduisant à » sont remplacés par le mot : « de » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Cette condition d'un an d'exercice professionnel n'est pas applicable lorsque la formation conduisant à cette profession est réglementée. »

OBJET

L'amendement présenté a deux objets :

En premier lieu, il vise à rajouter la Croatie qui a été oubliée dans l'article L. 4311-3 du code de la santé publique qui liste les titres de formation délivrés par l'ex-Yougoslavie dont des titulaires ressortissants d'États ayant adhéré à l'Union européenne depuis leur indépendance peuvent se prévaloir.

En second lieu, l'amendement vise à répondre à un grief de la Commission européenne qui considère que les modalités de reconnaissance des qualifications professionnelles des opticiens-lunetiers en France ne seraient pas conformes aux exigences de l'article 13§2 de la directive 2005/36/CE relatif à l'expérience professionnelle requise lorsque le demandeur a acquis son titre de formation dans un État membre qui ne réglemente pas la profession.

Il complète ainsi les articles L. 4362-3 et L. 4362-7 du code de la santé publique pour intégrer l'hypothèse, pour cette profession, de formation réglementée dans un État qui ne réglementerait pas l'accès à la profession, tant pour le libre établissement que la libre prestation de services.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	544 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme LAVARDE, MM. BONHOMME, SIDO et PIEDNOIR, Mme DEROMEDI, M. KAROUTCHI,
Mme VULLIEN, M. LEFÈVRE, Mmes de la PROVÔTÉ et Laure DARCOS, M. BRISSON,
Mme MORHET-RICHAUD et MM. de NICOLAY et RAPIN

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 22

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase du 2° de l'article L. 161-37, après le mot : « Élaborer », sont insérés les mots : « et mettre à jour spontanément pour tout ou partie, » ;

OBJET

Le 2° de l'article L.161-37 et l'article L.161-41 du code de la sécurité sociale confèrent au collège de la Haute autorité de santé (HAS) compétence pour adopter les recommandations de bonne pratique (RBP) destinées aux professionnels et à l'information du grand public.

Les articles R.161-70 et R.161-72 du même code confient au collège le soin de formuler ou d'établir ces RBP.

Malheureusement, le code de la sécurité sociale est muet sur les modalités de modification ou d'abrogation de ces RBP.

De nombreux experts estiment que les RBP de la HAS vieillissent mal : reposant sur des publications intervenues au moins deux ans avant leur émission, elles se périment rapidement, en fonction de l'avancement des travaux de recherche scientifique et des publications nouvelles auxquelles ces travaux donnent lieu. Or il est de l'intérêt des professionnels mais surtout du public que l'information scientifique reste assurée en permanence de manière fiable, conformément à l'objectif poursuivi par le législateur.

Il convient donc à cet effet de préciser la loi pour que la HAS mette à jour régulièrement et spontanément en tout ou partie ses RBP. L'examen du projet de loi santé prévoyant à son article 22 de compléter l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale pour reconnaître une compétence en matière de coopération internationale à la HAS, il est proposé de doter

cette autorité d'un pouvoir de révision et de mise à jour plus clair et plus souple de ses RBP.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	832 rect.
----------------	--------------

6 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 22

I. – Après l’alinéa 16

Insérer vingt-trois alinéas ainsi rédigés :

...^o Le 2^o du I de l’article L. 1541-2 est ainsi modifié :

a) Le a est ainsi rédigé :

« a) Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

« “I. – Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.” » ;

b) Après le même a, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...) Au dernier alinéa du V, les mots : “aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1” sont remplacés par les mots : “à l’article L. 1111-5” ; »

...^o L’article L. 1541-3 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

- au deuxième alinéa, les mots : « Les articles L. 1111-2 et L. 1111-8 sont applicables » sont remplacés par les mots : « L’article L. 1111-2 est applicable » ;

- après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L’article L. 1111-8 est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française dans sa rédaction résultant de l’ordonnance n^o 2017-27 du 12 janvier 2017 relative à l’hébergement de données de santé à caractère personnel. » ;

b) Le II est ainsi modifié :

- le 1° est ainsi rédigé :

« 1° À l'article L. 1111-2 :

« a) À la deuxième phrase du cinquième alinéa, les mots : “des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1” sont remplacés par les mots : “de l'article L. 1111-5” ;

« b) Le sixième alinéa n'est pas applicable ; »

- le c du 4° est ainsi rédigé :

« c) Au cinquième alinéa, les mots : “aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1” sont remplacés par les mots : “à l'article L. 1111-5” et les quatrième et septième alinéas ne sont pas applicables ; »

- le 5° est ainsi rédigé :

« 5° À l'article L. 1111-8 :

« a) Au premier alinéa du I, les mots : “prévues au présent article” sont remplacés par les mots : “prévues par la réglementation applicable localement” ;

« b) Le II, III, IV et VI ne sont pas applicables ; »

...° Au second alinéa de l'article L. 1542-5, le mot : « à » est supprimé ;

II. – Après l'alinéa 30

Insérer huit alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 3844-1 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

- au premier alinéa, les mots : « , à l'exclusion de l'article L. 3211-2-3 » sont supprimés ;

- au second alinéa, après la référence : « L. 3211-11-1 », est insérée la référence : « L. 3211-2-3 » ;

b) Après le 4° du II, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° À l'article L. 3211-2-3, les mots : “, selon des modalités prévues par convention” sont supprimés ; »

...° Le b du 5° du II de l'article L. 3844-2 est ainsi rédigé :

« b) La seconde phrase du dernier alinéa est supprimée ; »

OBJET

Cet amendement vise à satisfaire plusieurs demandes répétées de l'Assemblée de Polynésie française et du Congrès de la Nouvelle-Calédonie portant sur l'adaptation à leurs compétences de l'application du code de la santé publique.

Il modifie l'adaptation du premier alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, pour la mettre en cohérence avec sa rédaction actuelle (ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017).

Il propose de rendre applicable l'article L. 1111-8, relatif à l'hébergement des données de santé, dans sa dernière version résultant de l'ordonnance n° 2017-27 du 12 janvier 2017, sous réserve d'une disposition d'adaptation, afin de tenir compte des compétences propres de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française.

Il rétablit l'application de l'article L. 3211-2-3 du même code concernant le transfert des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, afin de garantir leur prise en charge vers un établissement adapté à leur état, dans les plus brefs délais, selon des modalités d'organisation entre établissements définies par les autorités sanitaires locales.

Il vise à ce que ne soit pas étendue à la Polynésie française la dernière phrase de l'alinéa 3 de l'article L. 3222-5-1 du même code. En effet, il appartient aux autorités locales de décider de la diffusion du rapport annuel établi par les établissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement. En revanche, le principe de l'établissement de ce rapport annuel rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention est bien maintenu, afin de permettre d'évaluer ces pratiques.

Cet amendement reprend en partie un amendement déposé à l'Assemblée nationale par la Polynésie française. Il répond également favorablement à certaines des observations contenues dans les deux avis précédents de l'Assemblée de Polynésie française en matière de santé, (avis n° 2017-11 A/APF du 10 août 2017 sur le projet d'ordonnance du 19 juillet 2017 et dans l'avis n° 2017-16 A/APF du 14 décembre 2017 sur le projet de loi ratifiant l'ordonnance n°2017-1179 du 19 juillet 2017 portant extension et adaptation outre-mer de dispositions de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé). Il tient compte également de l'avis du congrès de la Nouvelle-Calédonie rendu le 1^{er} décembre 2017 sur le projet de loi de ratification de l'ordonnance n° 2017-1179 du 19 juillet 2017.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	817
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 22 BIS A

I. – Après la référence :

L. 1121-16-1

insérer les mots :

du code de la santé publique

II. – Après le mot :

échéant,

insérer les mots :

l'autorisation

OBJET

Amendement rédactionnel.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	44 rect.
----------------	-------------

31 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes MALET, DINDAR, DEROMEDI et MORHET-RICHAUD, MM. CHARON et Daniel LAURENT, Mmes GARRIAUD-MAYLAM, DEROUCHE et BONFANTI-DOSSAT et MM. SIDO, BRISSON, CUYPERS, MANDELLI et LAMÉNIE

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE 22 BIS

Alinéa 4, troisième phrase

Après le mot :

évaluation

insérer les mots :

, accompagnée des observations éventuelles de l'organisme gestionnaire,

OBJET

Cet amendement propose de rééquilibrer la réforme de la procédure d'évaluation sociale et médico-sociale introduite par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Il introduit la possibilité pour une association gestionnaire de rédiger des observations à la suite de son évaluation en amont de la communication des résultats à la Haute Autorité de Santé (HAS).



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	45 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

31 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

Mmes MALET, DINDAR, DEROMEDI et MORHET-RICHAUD, MM. Daniel LAURENT et CHARON, Mmes GARRIAUD-MAYLAM, DEROCHÉ et BONFANTI-DOSSAT et MM. BRISSON, MANDELLI, LAMÉNIÉ, CUYPERS et SIDO

ARTICLE 22 BIS

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement ou service évalué communique ses observations et les mesures correctrices apportées ou envisagées dans le cadre d'une procédure contradictoire dont les modalités sont définies par le décret mentionné à l'alinéa précédent. »

OBJET

Il s'agit d'introduire une procédure contradictoire avec la HAS en cas de résultat insuffisant de l'évaluation, afin que chaque partie puisse avoir la possibilité d'être entendue.

Tel est l'objet de l'amendement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	818
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 22 BIS

I. – Alinéa 8

Après le mot :

fin

insérer les mots :

de la première phrase

II. – Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Les deuxième et dernière phrases du même avant-dernier alinéa sont supprimées ;

OBJET

Amendement rédactionnel.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	819
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 22 BIS

Après l'alinéa 13

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au VI de l'article L. 543-1, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot :
« troisième » ;

OBJET

Amendement de coordination.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	729 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 23

I. – Après l’alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Au deuxième alinéa de l’article L. 1114-1 du code de la santé publique, les mots : « ou de santé publique » sont remplacés par les mots : « , de santé publique ou ordinales ».

II. – Après l’alinéa 20

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le I de l’article L. 4122-3 est complété par alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s’adjoit au moins un représentant d’associations agréées de malades ou d’usagers du système de santé au titre de l’article L. 1114-1, et un nombre égal de suppléants. Un décret en Conseil d’État fixe les modalités de désignation des représentants d’associations agréées de malades ou d’usagers du système de santé. » ;

III. – Après l’alinéa 21

Insérer quatorze alinéas ainsi rédigés :

...° Le IV du même article L. 4122-3 est complété par six alinéas ainsi rédigés :

« Les fonctions de représentants d’associations agréées de malades ou d’usagers du système de santé, au titre de l’article L. 1114-1 du code de la santé publique, à la chambre

disciplinaire nationale sont incompatibles avec les mêmes fonctions à la chambre disciplinaire de première instance.

« Les fonctions de président et de secrétaire général d'une association agréée de malades ou d'usagers du système de santé, au titre de l'article L. 1114-1, sont incompatibles avec la fonction de représentant d'associations de malades ou d'usagers du système de santé à la chambre disciplinaire nationale.

« Aucun des membres d'une association agréée de patients et d'usagers du système de santé ne peut siéger à la chambre disciplinaire nationale en tant qu'assesseur dans la formation de jugement de cette plainte si l'association a :

« a) Déposé ou transmis une plainte ;

« b) Accompagné ou conseillé le dépositaire de la plainte auprès d'une des instances de l'ordre concerné

« Aucun assesseur de la chambre disciplinaire nationale ne peut siéger lorsqu'il a eu connaissance des faits de la cause à raison de l'exercice d'autres fonctions dans une association agréée de malades ou d'usagers du système de santé, au titre de l'article L. 1114-1. » ;

...° L'article L. 4123-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la commission de conciliation s'adjoit au moins un représentant d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, et un nombre égal de suppléants. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de désignation des représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé. » ;

b) Après le troisième alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Aucun des membres d'une association agréée de patients et d'usagers du système de santé ne peut participer à la conciliation si l'association a :

« a) Déposé ou transmis une plainte ;

« b) Accompagné ou conseillé le dépositaire de la plainte auprès d'une des instances de l'ordre concerné. » ;

...° Le troisième alinéa de l'article L. 4124-7 est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit au moins un représentant d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, et un nombre égal de suppléants. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de désignation des représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé. » ;

IV. – Après l'alinéa 22

Insérer neuf alinéas ainsi rédigés :

...° Le même article L. 4124-7 est ainsi modifié :

a) Le III est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les fonctions des représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé, au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, à la chambre disciplinaire de première instance sont incompatibles avec les mêmes fonctions à la chambre disciplinaire nationale.

« Les fonctions de président et de secrétaire général d'une association agréée de malades ou d'usagers du système de santé, au titre de l'article L. 1114-1, sont incompatibles avec la fonction de représentant d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé à la chambre disciplinaire de première instance. » ;

b) Le IV est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Aucun des membres d'une association agréée de patients et d'usagers du système de santé ne peut siéger à la chambre disciplinaire de première instance en tant qu'assesseur dans la formation de jugement de cette plainte si l'association a :

« a) Déposé ou transmis une plainte ;

« b) Accompagné ou conseillé le dépositaire de la plainte auprès d'une des instances de l'ordre concerné.

« Aucun assesseur de la chambre disciplinaire de première instance ne peut siéger lorsqu'il a eu connaissance des faits de la cause à raison de l'exercice d'autres fonctions dans une association agréée de malades ou d'usagers du système de santé, au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique. » ;

OBJET

Cet amendement, proposé au groupe socialiste par France Asso Santé, modifie l'ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé.

Il vise à permettre la participation des usagers aux instances disciplinaires des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

À ce jour, seules les chambres disciplinaires des ordres des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues comptent parmi leurs membres deux représentants des usagers lorsque le litige qui leur est soumis porte sur les relations avec un usager. Afin de garantir la démocratie dans les autres chambres disciplinaires, cet amendement propose qu'au moins un représentant d'associations agréées de patients siège à chacune des instances de la procédure disciplinaire des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes : la commission de conciliation, la chambre disciplinaire de première instance et la chambre disciplinaire nationale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N°	820
----	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 23

I. – Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le premier alinéa de l'article L. 4121-2 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils contribuent à promouvoir la santé publique et la qualité des soins. » ;

II. – Alinéa 18

Remplacer le mot :

deuxième

par le mot :

premier

OBJET

Amendement de coordination visant à étendre à l'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes des dispositions généralisées par la commission aux autres ordres des professions de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	730 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 23

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...^o Le deuxième alinéa de l'article L. 4121-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Ils veillent au respect de l'approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes dans leurs domaines de compétences, développent les réflexions autour de la diminution des traumatismes pouvant être provoqués par les pratiques de soins, et sensibilisent leurs membres et ayants droits à la prévention et à la lutte contre les violences sexistes et sexuelles. »

OBJET

Le présent amendement du groupe socialiste ajoute à l'article L. 4121-2 du code de la santé publique, relatif aux ordres professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, des dispositions relatives à l'égalité entre les femmes et les hommes, à la bientraitance des patients et à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	731 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 23

Après l'alinéa 2

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

... Après la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 4123-2, sont insérées trois phrases ainsi rédigées : « Si la plainte portée concerne la commission de faits de violences à caractère obstétrical, gynécologique, sexuel ou sexiste, la conciliation ne peut être mise en place qu'avec l'accord de la victime. Celle-ci peut être représentée à tout moment de la procédure. À défaut d'accord, la plainte est transmise au Procureur de la République territorialement compétent. » ;

...° L'article L. 4124-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Si la chambre disciplinaire a à statuer sur des faits de violences à caractère obstétrical, gynécologique, sexuel ou sexiste, elle ne peut utiliser la médiation pour régler le litige sauf accord exprès de la victime. L'utilisation de la relation d'autorité entre soignant et patient constitue une circonstance aggravante de l'infraction, devant être appréciée dans le cadre du prononcé de la sanction disciplinaire. Le Procureur de la République doit en être informé. » ;

OBJET

Le présent amendement du groupe socialiste, inspiré des recommandations du HCE et du collectif « Pour une Médecine Engagée, Unie et Féministe », vise à lutter contre les violences sexuelles et sexistes dans le cadre des relations de soins. À cet effet, il précise le champ de la conciliation pouvant être mise en œuvre par le conseil départemental de

l'ordre des médecins, et introduit des dispositions spécifiques au sein de la procédure disciplinaire relevant de la compétence de la chambre disciplinaire de première instance.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	732 rect.
----------------	--------------

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme JASMIN, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mme GRELET-CERTENAIS, M. KANNER, Mmes MEUNIER, ROSSIGNOL, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 23

I. – Après l’alinéa 4

Insérer six alinéas ainsi rédigés :

1^o bis AA L’article L. 4132-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « cinquante-six », est remplacé par le mot : « cinquante-huit » ;

b) Le b du 2^o est abrogé ;c) Le 3^o est ainsi rédigé :« 3^o Trois binômes par ressort territorial des conseils régionaux et interrégionaux suivants :

« a) Auvergne-Rhône-Alpes ;

« b) Antilles-Guyane ; »

II. – Après l’alinéa 28

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Pour tenir compte de la nouvelle composition issue du 1^o bis AA du II, les mandats des trois binômes élus pour le ressort territorial du conseil interrégional Antilles-Guyane avant le renouvellement du Conseil national de l’ordre des médecins prévu en 2019 sont prorogés jusqu’en 2022.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise à revoir l'ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé afin d'instaurer trois binômes pour le ressort territorial du conseil interrégional Antilles-Guyane.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	579
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Sagesse du Sénat
Adopté	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 23

I. – Après l’alinéa 4

Insérer six alinéas ainsi rédigés :

1^o bis AA L’article L. 4132-1 est ainsi modifié :a) Le b du 2^o est abrogé ;b) Le 3^o est ainsi rédigé :« 3^o Trois binômes par ressort territorial des conseils régionaux et interrégionaux suivants :

« a) Auvergne-Rhône-Alpes ;

« b) Antilles-Guyane ; »

II. – Après l’alinéa 28

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le 1^o bis AA du II entre en vigueur lors du renouvellement du Conseil national de l’ordre des médecins prévu en 2022. Le mandat du binôme élu pour le ressort territorial du conseil inter régional Antilles-Guyane lors du renouvellement du Conseil national de l’ordre des médecins prévu en 2019 prend fin à la même date.

OBJET

La composition du Conseil national telle qu’elle est fixée par l’Ordonnance n^o 2017-192 du 16 février 2017, qui devrait être ratifiée dans le projet de loi relatif à l’organisation et à la transformation du système de santé à paraître, prévoit qu’il comprendra cinquante-six

membres élus pour six ans par les membres titulaires des conseils départementaux répartis en binômes par ressort territorial des conseils régionaux et interrégionaux à l'issue de son renouvellement intégral.

Pour le ressort territorial du conseil interrégional d'Antilles-Guyane, il est prévu deux binômes.

Jusqu'à cette réforme, l'inter région Antilles-Guyane était représentée par trois membres représentant respectivement les médecins exerçant à la Guadeloupe, en Guyane et à la Martinique, chacun de ces membres étant assisté d'un suppléant.

Lors du prochain renouvellement par moitié du Conseil national qui est fixé au 20 juin 2019, et pour lequel l'annonce des élections a été faite dans le Bulletin Officiel de l'Ordre des médecins de mars-avril 2019 parvenu chez les médecins début avril, le Conseiller national représentant les médecins exerçant à la Guadeloupe et son suppléant sont sortants alors que continueront à siéger jusqu'en juin 2022 les représentants des médecins exerçant en Guyane et à la Martinique.

Le représentant de la Guadeloupe et son suppléant vont être remplacés par un binôme qui sera élu par les conseillers titulaires du conseil départemental de la Guadeloupe et des conseils territoriaux de la Guyane et de la Martinique de l'Ordre des médecins pour l'inter région Antilles-Guyane. Pourront se présenter à cette élection des médecins inscrits au tableau de ces trois conseils.

Les représentants de l'inter région Antilles-Guyane membres du Conseil national de l'Ordre des médecins ont déposé un amendement au Sénat afin d'obtenir une représentation de trois binômes au sein du Conseil national.

Aux fins de ne pas perturber le processus électoral en cours, et pour faire droit à leur demande le Conseil national propose la modification ci-dessus.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	6 rect. ter
----------------	----------------

4 JUIN 2019

AMENDEMENT

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

Mme IMBERT, M. DÉRIOT, Mmes BERTHET, PUISSAT et MICOULEAU, MM. BRISSON, SOL, VOGEL et MORISSET, Mmes GRUNY, MORHET-RICHAUD, DEROMEDI et BRUGUIÈRE, MM. LEFÈVRE et CHATILLON, Mmes LAVARDE et NOËL, MM. MOUILLER, KENNEL et CUYPERS, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et CHAUVIN, MM. Daniel LAURENT et VASPART, Mme Anne-Marie BERTRAND, MM. del PICCHIA et SAVARY, Mmes BONFANTI-DOSSAT et Marie MERCIER, M. PIEDNOIR, Mmes CHAIN-LARCHÉ, THOMAS et RAMOND, MM. COURTIAL, CHARON, SIDO et POINTEREAU, Mmes DEROCHÉ et LAMURE et MM. LAMÉNIE, Jean-Marc BOYER, GREMILLET et DUPLOMB

ARTICLE 23

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le premier alinéa de l'article L. 4221-19 est complété par les mots : « et lorsqu'ils existent, entre associés et intervenants concourant au financement de l'officine ou du laboratoire de biologie médicale » ;

OBJET

L'article L 4221-19 du code la santé publique prévoit que : « Les pharmaciens exerçant en société doivent communiquer au conseil régional de l'ordre dont ils relèvent, outre les statuts de cette société et leurs avenants, les conventions et avenants relatifs à son fonctionnement, ou aux rapports entre associés {...}. »

La problématique ordinale, quel que soit le financement envisagé, est de vérifier que le financement dont pourrait bénéficier le pharmacien n'entrave pas son indépendance professionnelle.

Afin que l'Ordre des Pharmaciens puisse apprécier justement le respect de cette condition, il est nécessaire que lui soient communiqués également les conventions et avenants relatifs aux rapports entre associés et intervenants concourant au financement de l'officine ou du laboratoire de biologie médicale.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	36 rect. ter
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

MM. BONNE et HENNO, Mme MALET, MM. BASCHER et BABARY, Mmes DI FOLCO et ESTROSI SASSONE et MM. Bernard FOURNIER, GENEST, HUGONET, KAROUTCHI, MANDELLI, PELLELAT, PERRIN, RAISON et BOULOUX

ARTICLE 23

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le premier alinéa de l'article L. 4221-19 est complété par les mots : « et lorsqu'ils existent, entre associés et intervenants concourant au financement de l'officine ou du laboratoire de biologie médicale » ;

OBJET

L'article L.4221-19 du code de la santé publique prévoit que : »Les pharmaciens exerçant en société doivent communiquer au Conseil de l'Ordre dont ils relèvent, outre les statuts de cette société et leurs avenants, les conventions et avenants relatifs à son fonctionnement, ou aux rapports entre associés [...]. »

Il convient donc de vérifier, par la transmission des conventions et avenants précisant les rapports entre associés et intervenants, que le financement dont pourrait bénéficier le pharmacien ou le biologiste n'entrave pas son indépendance professionnelle.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	538 rect. quater
----------------	------------------------

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, BIGNON, CAPUS, DECOOL, FOUCHÉ, LAGOURGUE, LAUFOAULU,
MALHURET et Alain MARC, Mme MÉLOT et MM. MENONVILLE, WATTEBLED et BONHOMME

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 23

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le premier alinéa de l'article L. 4221-19 est complété par les mots : « et lorsqu'ils existent, entre associés et intervenants concourant au financement de l'officine ou du laboratoire de biologie médicale » ;

OBJET

Cet amendement vise à renforcer la transparence en matière de financement dont pourrait bénéficier le pharmacien exerçant en société, en prévoyant une communication au Conseil de l'Ordre National des pharmaciens des conventions et avenants relatifs aux éventuels rapports entre associés et intervenants concourant au financement de l'officine ou du laboratoire de biologie médicale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	495 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. CHASSEING, DECOOL, FOUCHÉ, GUERRIAU, LAGOURGUE et Alain MARC, Mme MÉLOT,
MM. MENONVILLE et WATTEBLED, Mmes DEROMEDI, GUILLOTIN et NOËL, M. GABOUTY,
Mme Nathalie DELATTRE et MM. MANDELLI, LAMÉNIE et BONHOMME

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 23

Après l'alinéa 15

Insérer onze alinéas ainsi rédigés :

...° Au dernier alinéa de l'article L. 4232-10, les mots : « binôme de pharmacien qui se tient en liaison avec le conseil central de la section E » sont remplacés par les mots : « délégué local et son suppléant qui assure la représentation de la section E sur le territoire » ;

...° L'article L. 4232-10 est ainsi modifié :

a) Au 4°, les mots : « et à Mayotte » sont supprimés ;

b) Après le 4°, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Une délégation comprenant les pharmaciens exerçant à Mayotte. » ;

...° L'article L. 4232-11 est ainsi modifié :

a) Au 1°, les mots : « un binôme est composé » sont remplacés par les mots : « deux binômes sont composés » et les mots : « exerçant en officine » sont remplacés par les mots : « relevant en métropole des sections A et D » ;

b) Après le mot : « composé », la fin du 2° est ainsi rédigée : « de pharmaciens relevant en métropole des sections B, C, G ou H. » ;

c) Le 3° est abrogé ;

d) Au sixième alinéa, le mot : « cent » est remplacé par le mot : « cents » ;

e) Le septième alinéa est supprimé ;

OBJET

Cet amendement vise à optimiser la représentation des pharmaciens d’Outre-Mer au sein de leur Ordre.

Afin de maintenir une compensation des délégations en phase avec la démographie des pharmaciens locaux, il est proposé de simplifier la composition des collèges électoraux. Ceux-ci seraient ainsi au nombre de deux : un collège représentant les autres métiers.

L’amendement simplifie également la représentation de l’Ordre à Saint-pierre et Miquelon en supprimant l’exigence de constituer un binôme compte tenu du nombre réduit de pharmaciens locaux.

Enfin, l’amendement vise à créer une délégation de l’Ordre des pharmaciens à Mayotte à la faveur de la création d’une agence régionale de santé à Mayotte au III de l’article 19 du présent projet de loi, comme cela existe pour certaines autres collectivités d’Outre-Mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique). L’archipel de Mayotte comprend pour l’exercice de la pharmacie de réelles spécificités qui doivent être représentées au sein de l’Ordre des pharmaciens, et est soumis à un droit dérogatoire qui n’a rien à voir avec celui de La Réunion.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	39 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. BONNE et HENNO, Mmes MALET, Marie MERCIER et PUISSAT, M. BASCHER, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. Jean-Marc BOYER et BRISSON, Mme BRUGUIÈRE, M. BABARY, Mmes CHAUVIN, DELMONT-KOROPOULIS, DEROCHÉ et DEROMEDI, M. DÉTRAIGNE, Mmes DI FOLCO et ESTROSI SASSONE, MM. Bernard FOURNIER et GENEST, Mme GRUNY, MM. HUGONET, KAROUTCHI et LAMÉNIÉ, Mme LASSARADE, MM. Daniel LAURENT, LEFÈVRE, MANDELLI, MOGA, MOUILLER et MORISSET, Mme MORHET-RICHAUD, MM. PERRIN, PELLEVAL, RAISON, SAURY, SAVARY, VOGEL et CUYPERS, Mme IMBERT, M. RAPIN, Mme Anne-Marie BERTRAND, MM. BOULOUX, CHARON et SIDO, Mme LAMURE et M. GREMILLET

ARTICLE 23

Après l'alinéa 26

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le premier alinéa de l'article L. 4321-21 est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Elles s'appliquent également aux étudiants en masso-kinésithérapie. » ;

OBJET

L'article R. 4321-5 du code de la santé publique prévoit l'obligation pour les étudiants en masso-kinésithérapie de respecter les sous-sections 1 et 2 du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes qui concernent respectivement les devoirs généraux des masseurs-kinésithérapeutes et leurs devoirs envers les patients.

Or, cette obligation réglementaire est définie par décret en Conseil d'État mais sans base légale dans la partie législative du code de la santé publique, fragilisant la sécurité juridique de ce dispositif.

Le présent amendement vise à donner une base légale à l'obligation pour les étudiants en masso-kinésithérapie de respecter le code de déontologie de la profession créée par le décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	38 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 525, 524, 516, 515)

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. BONNE et HENNO, Mmes MALET, Marie MERCIER et PUISSAT, M. BASCHER, Mmes BONFANTI-DOSSAT, BRUGUIÈRE, DEROCHÉ, DEROMEDI et DI FOLCO, MM. DÉTRAIGNE, Bernard FOURNIER et GENEST, Mme GRUNY, MM. HUGONET, KAROUTCHI et LAMÉNIÉ, Mme LASSARADE, M. LEFÈVRE, Mme ESTROSI SASSONE, MM. Daniel LAURENT, MANDELLI, MOGA, MOUILLER, MORISSET, PERRIN, PELLELAT, RAISON, PONIATOWSKI, SAVARY, SAURY, SOL et VOGEL, Mme IMBERT, M. RAPIN, Mme Anne-Marie BERTRAND, MM. BOULOUX, CHARON, SIDO et Jean-Marc BOYER, Mme LAMURE et M. GREMILLET

ARTICLE 23

Après l'alinéa 26

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

...° Après l'article L. 4321-18-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4321-18-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4321-18-... – À la demande de son président, chaque conseil peut se réunir en ayant recours à la visioconférence.

« Les modalités de délibérations, notamment en cas de vote à bulletin secret, sont déterminées par le règlement intérieur.

« Cette disposition n'est pas applicable aux élections des conseils, du président et des membres du bureau. » ;

OBJET

La visioconférence destinée à faciliter les échanges à distance s'est largement démocratisée dès lors qu'il s'agit de réunir à échéance régulière des instances délibérantes.

Il y a près de vingt ans, la loi n° 2001-420 du 15 mai 2001 relative aux nouvelles réglementations économiques a introduit un dispositif de réunion du conseil d'administration par visioconférence pour permettre aux administrateurs ne pouvant se rendre sur les lieux

de la réunion de participer de manière effective aux débats du conseil et au vote des points inscrits à l'ordre du jour.

Plus récemment, la loi Rebsamen du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, ainsi que la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels sont venues fixer le cadre juridique de la visioconférence pour les instances représentatives du personnel.

Le présent amendement vise donc à permettre au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ainsi qu'aux conseils départementaux et régionaux de recourir à la visioconférence chaque fois que le président l'estime nécessaire.

L'objectif poursuivi est de faciliter l'obtention du quorum, de respecter la règle de la parité mais également de diminuer le temps de trajet des conseillers élus et de participer à la réduction des dépenses afférentes engagées par le Conseil national et ses structures.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	477
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Le Gouvernement

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 23

Après l'alinéa 28

Insérer deux paragraphes ainsi rédigés :

.... – Au deuxième alinéa de l'article L. 4322-8 du code de la santé publique, les mots : « par un magistrat de la juridiction administrative » sont remplacés par les mots : « par un membre du Conseil d'État, en activité ou honoraire, ayant au moins le rang de conseiller d'État ».

.... – Après le troisième alinéa de l'article L. 145-7-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les fonctions de président ou de président suppléant de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues sont incompatibles avec celles prévues à l'article L. 4122-1-1 du code de la santé publique. »

OBJET

Cet amendement vise à rectifier des incohérences :

D'une part, la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des pédicures-podologues est présidée, comme pour tous les autres ordres, par un conseiller d'État (pour les pédicures-podologues, l'article L. 4322-12 du code de la santé publique qui renvoie à l'article L. 4122-3). Or, l'article L. 4322-8 dispose que la chambre disciplinaire nationale est présidée par un magistrat administratif. Cet article est erroné puisque la chambre disciplinaire ne peut être présidée que par un conseiller d'État. Il convient donc de rectifier cette mention et de modifier l'article L. 4322-8 pour le mettre en cohérence avec le droit existant.

D'autre part, l'ordonnance n^o 2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé pose plusieurs incompatibilités dont l'interdiction de cumul pour un conseiller d'État de la présidence d'une chambre disciplinaire nationale (CDN) avec la fonction de conseiller de l'ordre, conformément aux recommandations de la Cour des comptes.

L'article L. 145-7-4 du code de la sécurité sociale transpose cette interdiction pour les présidents des sections des assurances sociales (SAS) du conseil national de l'ordre des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes (alinéa 2), qui ne peuvent être désignés comme conseillers qui assistent le conseil national avec voix délibérative. En revanche, il a été omis pour les pédicures-podologues de poser une telle interdiction (après l'alinéa 3) alors que rien ne justifie que les pédicures-podologues soient dispensés d'un tel régime d'incompatibilité pour leurs SAS. Il convient donc de corriger cette omission qui n'a aucun fondement et de mettre en cohérence le régime d'incompatibilité du président de la SAS de la CDN des pédicures-podologues avec tous les autres ordres des professions de santé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	4 rect. ter
----------------	----------------

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

Mme IMBERT, M. DÉRIOT, Mmes BERTHET, PUISSAT, Laure DARCOS et MICOULEAU, MM. BRISSON, SOL, VOGEL et MORISSET, Mmes GRUNY, MORHET-RICHAUD, DEROMEDI et BRUGUIÈRE, MM. LEFÈVRE et CHATILLON, Mme NOËL, MM. MOUILLER, KENNEL et CUYPERS, Mmes GARRIAUD-MAYLAM et CHAUVIN, MM. PELLEVAT, Daniel LAURENT, VASPART, del PICCHIA et SAVARY, Mme BONFANTI-DOSSAT, MM. PONIATOWSKI, MEURANT et GILLES, Mme Marie MERCIER, M. PIEDNOIR, Mmes CHAIN-LARCHÉ, THOMAS, RAMOND et CANAYER, MM. COURTIAL, CHARON, BOULOUX, SIDO et POINTEREAU, Mmes DEROCHE et LAMURE, MM. LAMÉNIE, Jean-Marc BOYER et GREMILLET, Mme de CIDRAC et M. DUPLOMB

ARTICLE 23

Après l'alinéa 28

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le dernier alinéa de l'article L. 5125-16 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Les mots : « en la faisant gérer » sont supprimés ;

2^o Après le mot : « santé », sont insérés les mots : « à remplacer le pharmacien décédé » ;

3^o Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Ce délai peut être prorogé, pour une période ne pouvant excéder un an, par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de situation exceptionnelle. À l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé peut faire application de l'article L. 5125-22. »

OBJET

Le décès du titulaire d'officine oblige ses héritiers à trouver un repreneur.

Or les démarches inhérentes à la cession effective sont parfois difficilement compatibles avec le délai légal prévu qui est aujourd'hui de 2 ans. D'une part, les familles ont parfois des difficultés à trouver un repreneur et à conclure la vente dans le délai imparti. D'autre part, si un repreneur est trouvé, ce dernier doit encore obtenir un financement, ce qui peut ralentir le processus de reprise.

Dès lors, le directeur général de l'ARS, dûment informé d'une reprise en cours d'une officine, pourrait accorder un délai complémentaire de remplacement dans le cadre de la gérance après décès, lequel pourrait être fixé à un an maximum, afin de garantir la réalisation de la reprise.

À défaut pour le repreneur de n'avoir pu faire enregistrer sa déclaration d'exploitation au terme du délai de deux ans (ou de la prolongation d'un an), l'officine devra être fermée pendant un an à l'issue du remplacement sans que cette caducité ne soit constatée d'office (article L. 5125-22 du code de la santé publique).

En définitive, cet amendement permettrait d'augmenter la durée maximale d'existence de la licence de 3 à 4 ans, après le décès du titulaire d'officine, dans le cas d'une procédure de vente en cours.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	37 rect. ter
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

4 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Adopté	

MM. BONNE et HENNO, Mme MALET, MM. BASCHER et DÉTRAIGNE, Mmes DI FOLCO et ESTROSI SASSONE et MM. Bernard FOURNIER, GENEST, HUGONET, KAROUTCHI, MOGA, PERRIN, RAISON, PIEDNOIR et RAPIN

ARTICLE 23

Après l'alinéa 28

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le dernier alinéa de l'article L. 5125-16 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les mots : « en la faisant gérer » sont supprimés ;

2° Après le mot : « santé », sont insérés les mots : « à remplacer le pharmacien décédé » ;

3° Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Ce délai peut être prorogé, pour une durée ne pouvant excéder un an, par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de situation exceptionnelle. À l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé pourra faire application des dispositions de l'article L. 5125-22. »

OBJET

Le décès du titulaire d'officine oblige bien souvent ses héritiers à trouver un repreneur.

Or, de telles démarches sont bien souvent longues et difficilement possibles dans le délai légal de deux ans.

Aussi, cet amendement tend à permettre au directeur général de l'agence régionale de santé, en cas d'opération de reprise de l'officine en cours de réalisation, à accorder un délai complémentaire d'un an.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	636
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 23

I. – Après l’alinéa 33, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – L’article L. 1453-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Au 3^o, les mots : « et ceux conformes aux articles L. 138-9 et L. 138-9-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « sous réserve qu’ils soient conformes aux obligations fixées par l’article L. 138-9 du code de la sécurité sociale pour les spécialités et dans les conditions visées par cet article » ;

2^o Au 4^o, après les mots : « par nature d’avantage », sont insérés les mots : « et sur une période déterminée ».

II. – Après l’alinéa 36

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – À l’article L. 1453-11 du code de la santé publique, après les mots : « selon la profession et la nature de la dérogation », sont insérés les mots : « et sur une période déterminée ».

OBJET

L’amendement vise à corriger des difficultés d’interprétation concernant le 3^o de l’article L.1453-6 dans lequel sont listés les avantages qui ne sont pas assimilables à des cadeaux : les avantages commerciaux sont autorisés et non constitutifs de cadeaux, sous réserve, pour les médicaments remboursables, qu’ils respectent les plafonds de remises imposés par le code de la sécurité sociale à l’article L. 138-9. La mention du terme « et » au 3^o de l’article L.1453-6 peut prêter à confusion et il est proposé de la remplacer par un « sous réserve ».

L'amendement présenté vise également à clarifier au 4° de l'article L. 1453-6 et à l'article L.1453-11 que les seuils relatifs aux montants des avantages considérés pour l'application des dispositions de la loi s'entendent comme des montants sur une période déterminée. En effet, les travaux menés dans le cadre de la définition de seuils fixés par arrêtés montrent qu'une définition en simple valeur des montants n'est pas toujours suffisamment précise. Il semble utile de compléter explicitement ce montant par une valeur totale sur une période donnée.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	786 rect. bis
----------------	---------------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Défavorable
Retiré	

Mme IMBERT, MM. CHARON, POINTEREAU et SOL, Mme MALET, M. BRISSON,
Mme GARRIAUD-MAYLAM, M. MORISSET, Mmes DEROMEDI, PUISSAT, DEROCHE et
RICHER, MM. Daniel LAURENT, SAVARY et MOUILLER et Mmes GRUNY, Laure DARCOS et
MORHET-RICHAUD

ARTICLE 23

Alinéa 36

Supprimer cet alinéa.

OBJET

Il n'y pas de raisons particulières d'interdire aux médecins en formation de recevoir directement ou par le biais de leurs associations des avantages (au sens de la loi) qui peuvent être perçus par leurs aînés en plein exercice.

Ces avantages leur permettent en particulier d'assister à des réunions professionnelles et scientifiques dans leur discipline alors que leurs rémunérations d'étudiant hospitalier et d'interne sont très modestes.

Jusqu'à présent, les pouvoirs publics confrontés au principe de réalité ont fait le choix d'encadrer et non d'interdire les relations entre entreprises du secteur de la santé et professionnels de santé en exercice ou en formation. La loi renvoie d'ailleurs au pouvoir réglementaire le soin de déterminer les seuils d'avantages de valeur négligeable (non déclarés aux Ordres) et les seuils au-delà desquels une autorisation ordinale est nécessaire. C'est dans le cadre de ces décrets et arrêtés en cours d'élaboration que l'encadrement doit s'effectuer.

En conclusion, la discrimination opérée par le projet est justifiée.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, rapport 524, 516, 515)

N ^o	821
----------------	-----

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 23

Alinéa 36

1^o Après la référence :

2^o

insérer les mots :

du même article L. 1453-4

2^o Remplacer les mots :

de ce même article

par les mots :

dudit article L. 1453-4

OBJET

Précision rédactionnelle



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	602
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

MM. AMIEL et THÉOPHILE, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 23

Après l'alinéa 39

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

.... – Le chapitre unique du titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Le premier alinéa de l'article L. 4021-6 est complété par deux phrases ainsi rédigées :
« Elle exerce le contrôle de ce dispositif. À cette fin, elle peut se faire communiquer toute pièce nécessaire à ce contrôle. » ;

2^o Après le 3^o de l'article L. 4021-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o L'Agence nationale du développement professionnel continu établit et met en œuvre le plan de contrôle du dispositif ; ».

OBJET

L'objet de cet amendement est de conférer à l'ANDPC la compétence de contrôler la mise en œuvre du développement professionnel continu et, complémentirement, d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de contrôle sur la capacité des organismes à dispenser des actions de DPC, sur la qualité des actions mises en œuvre et sur leur effectivité ainsi que sur justification des sommes allouées.

Un décret viendra organiser les modalités de ce contrôle en lien avec l'alinéa suivant de l'article L. 4021-7 qui tend à fixer par voie réglementaire les modalités selon lesquelles des sanctions à caractère financier ou administratif peuvent être prises en cas de manquements.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	137 rect.
----------------	--------------

3 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme BONFANTI-DOSSAT, M. BRISSON, Mmes EUSTACHE-BRINIO et MICOULEAU, MM. LEFÈVRE, de NICOLAY, COURTIAL, VOGEL et MORISSET, Mmes PUISSAT, MORHET-RICHAUD, DEROMEDI et TROENDLÉ, MM. SOL, GENEST et PONIATOWSKI, Mme GARRIAUD-MAYLAM, MM. MANDELLI et BONNE, Mme DELMONT-KOROPOULIS, MM. PELLEVAL, Bernard FOURNIER et CHARON, Mme LAMURE et M. LAMÉNIE

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 23

Après l'alinéa 46

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 145-7-1 est complétée par les mots : « pour une durée de trois ans renouvelable » ;

...° Au quatrième alinéa de l'article L. 145-7-4, le mot : « six » est remplacé par le mot : « trois » ;

OBJET

Cet amendement propose de corriger une incohérence quant à la durée des mandats des assesseurs des sections des assurances sociales des ordres des masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers et pédicure-podologues. Ces derniers sont nommés pour 6 ans, or les autres membres de ces conseils sont eux renouvelables par moitié tous les trois ans. Aussi, un assesseur qui ne serait plus membre du conseil conserve son mandat d'assesseur à la section des assurances sociales.

Il est donc proposé de ramener la durée du mandat des assesseurs à 3 ans, comme c'est le cas pour un membre du conseil.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	394
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. DAUDIGNY

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE 23

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – L'article L. 6323-1-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, des professionnels de santé peuvent exercer une activité libérale au sein des centres de santé à condition que leur activité ait un caractère accessoire au regard de l'activité du centre. » ;

2° Le second alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. »

OBJET

Les centres de santé sont des équipements sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier et second recours. Ces centres constituent une offre de santé de proximité, ouverte à tous.

L'activité de centres de santé est strictement encadrée par les dispositions du Code de la santé publique qui résulte de l'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018. L'article L.6323-1-5 précise que ces centres ne peuvent accueillir que des médecins salariés, et accessoirement des bénévoles.

En cohérence avec l'objectif de développement de l'exercice collectif, il est proposé d'autoriser, de manière accessoire, l'exercice de médecins libéraux au sein des centres de santé.

En complément des vacations salariées qui sont aujourd'hui possibles, cette souplesse permettrait aux centres de santé de développer des partenariats locaux avec des professionnels libéraux pour enrichir l'offre de soins de proximité, assurer la pleine utilisation des plateaux techniques et conforter le modèle économique des centres.

Sans dénaturer la mission des centres de santé, notamment les centres de santé mutualistes, cette mesure favoriserait le décloisonnement de l'offre de soins.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	601
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS,
Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT,
KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIH, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD,
Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 24

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le 9^o du I du même article L. 1453-1 est ainsi rédigé :

« 9^o Les personnes morales assurant ou participant à la formation initiale ou continue ou au développement professionnel continu des professionnels de santé mentionnés au 1^o. »

OBJET

L'article L. 1453-1 du code de la santé publique fait obligation aux entreprises du secteur sanitaire de rendre publiques les conventions qu'elles concluent avec divers acteurs du système de santé, ainsi que la nature et le montant des rémunérations et avantages qu'elles leur versent. Cet article établit la liste exhaustive des acteurs du système de santé concernés, parmi lesquels les « personnes morales assurant la formation continue des professionnels de santé ».

Or, cette catégorie ne recouvre pas celle des organismes de développement professionnel continu (DPC). Le DPC répond en effet à des objectifs plus larges, déclinés à l'article L. 4021-1 du code de la santé publique.

Afin de lever toute ambiguïté et dans le but de renforcer la transparence autour du développement professionnel continu des professionnels de santé, il est proposé de mentionner explicitement les « personnes morales assurant le développement professionnel continu » au 9^o du I de l'article L. 1453-1 précité.

Les entreprises du secteur sanitaire auront donc l'obligation de déclarer dans la base de données publique « Transparence santé » les conventions qu'elles concluent avec des organismes et structures de DPC ainsi que la nature et le montant des rémunérations et avantages qu'elles leur versent.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	578
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Favorable
Adopté	

MM. THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, KARAM, MARCHAND, MOHAMED SOILIHI, NAVARRO, PATIENT, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

ARTICLE 26 (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Dans un délai de douze mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les perspectives de créer aux Antilles une faculté de médecine de plein exercice, ouverte sur l'international et susceptible de faire rayonner la médecine française sur l'arc caribéen.

OBJET

La faculté de médecine des Antilles , dénommée Hyacinthe Bastaraud, existe depuis 1988. Elle doit désormais jouer pleinement son rôle dans la formation des futurs médecins de la région.

Actuellement, nos étudiants partent vers l'Hexagone à partir de la quatrième année afin de poursuivre leur parcours. Ils sont ainsi accueillis dans des universités déjà surchargées et, avec la réforme du numerus clausus, l'accueil de nos étudiants deviendra encore plus difficile.

Pour rappel, le numerus clausus est à ce jour de 140 pour les Antilles . De plus, le départ des étudiants en métropole ne favorise pas leur retour sur nos territoires, qui manquent pourtant cruellement de médecins. En effet, seule une moitié d'entre eux choisit de revenir.

La faculté a pourtant acquis un savoir-faire de qualité et elle aspire légitimement à une évolution à la mesure des besoins de la région. Nous disposons également d'une recherche épidémiologique et clinique d'excellence.

Cet amendement a pour but d'évaluer via un rapport du gouvernement la faisabilité d'une faculté de médecine de plein exercice aux Antilles.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	752
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Demande de retrait
Tombé	

Mme JASMIN, M. LUREL, Mme CONCONNE, MM. JOMIER et DAUDIGNY,
Mme GRELET-CERTENAIS, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE,
FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. Joël BIGOT et
BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL, Martial BOURQUIN, DURAN et
FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA,
MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ,
Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN,
MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 26 (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les perspectives de créer aux Antilles une faculté de médecine de plein exercice, ouverte sur l'international et susceptible de faire rayonner la médecine française sur l'arc caribéen.

OBJET

Cet amendement du groupe socialiste vise à rétablir l'article 26 dans la rédaction de l'Assemblée nationale.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	749
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme JASMIN, M. LUREL, Mme CONCONNE, MM. JOMIER et DAUDIGNY,
Mme GRELET-CERTENAIS, M. KANNER, Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER, VAN HEGHE,
FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. Joël BIGOT et
BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL, Martial BOURQUIN, DURAN et
FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA,
MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ,
Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN,
MM. TEMAL, TISSOT
et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 26 (SUPPRIMÉ)

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités d'accompagnement et d'accueil dans les universités de l'hexagone, des étudiants ayant effectué leur premier cycle de leur formation, au sein d'une université des outre-mer.

L'accompagnement proposé, en coopération avec les universités des outre-mer, vise à faciliter l'installation de ces étudiants dans leurs collectivités d'origine, en attendant la création d'une faculté de plein exercice en outre-mer.

OBJET

Les universités des collectivités d'outre-mer ne peuvent pas pour l'instant proposer un cursus complet de formation aux étudiants en médecine issus de leurs territoires.

La demande d'une université de plein exercice, est ancienne, et il est proposé d'en étudier la faisabilité dans ce projet de loi.

En attendant la création d'une faculté de plein exercice en Outre-mer, les étudiants en médecine issus des outre-mer sont accueillis par des universités de l'hexagone qui éprouvent déjà bien des difficultés à intégrer ce surnombre d'étudiants, du fait même de l'accroissement de leur propre « numerus clausus ».

Ainsi, du fait de la rupture entre le 1^{er} et le 3^{ème} cycle, et en l'absence d'accompagnement pédagogiques et financiers suffisants, les jeunes médecins, issus des outre-mer, ont tendance à ne pas revenir pour s'y installer, faute de perspectives de spécialisations ou de carrières hospitalo-universitaires attractives.

Il s'agit par cet amendement de maintenir le lien avec l'Université d'origine, en donnant à ces dernières, les moyens de le rattrapage vis-à-vis des autres universités de l'hexagone, notamment en développant l'usage des nouvelles technologies et la coopération sur des sujets de recherches spécifiques à ces régions (arbovirose, gisement environnemental pour la recherche de nouveaux médicaments...).



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	589
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. PATIENT, KARAM, THÉOPHILE et AMIEL, Mme SCHILLINGER, MM. LÉVRIER, BARGETON et BUIS, Mme CARTRON, MM. CAZEAU, de BELENET, DENNEMONT, GATTOLIN, HASSANI, HAUT, MARCHAND, MOHAMED SOILHI, NAVARRO, PATRIAT et RAMBAUD, Mme RAUSCENT et MM. RICHARD et YUNG

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 26 (SUPPRIMÉ)

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les perspectives de transformation du Groupement Hospitalier de Territoire de Guyane regroupant les 3 hôpitaux de Guyane (le centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne, le centre hospitalier de Kourou et le centre hospitalier de l'ouest guyanais Franck Joly) en un centre hospitalier universitaire.

OBJET

L'organisation hospitalière en Guyane évolue régulièrement afin d'adapter l'offre de soin à la forte croissance démographique. Au début de l'année 2019 la création du Groupement Hospitalier de Territoire de Guyane (GHTG) a été actée. La suite logique de cette évolution est d'envisager et de prévoir la transformation du GHTG en un CHU à plus ou moins long terme. En plus d'accroître l'attractivité des hôpitaux de Guyane et permettre un meilleur recrutement de personnel, cette transformation offrirait des perspectives de développement d'unités de recherche sur des sujets spécifiques aux pathologies des milieux tropicaux et équatoriaux ou aux pathologies à forte prévalence sur le territoire. Des collaborations pourraient voir le jour avec les centres de recherche présents en Guyane et pourquoi pas avec les pays de la région sud-américaine. À long terme, la présence d'un chu et la possibilité offerte aux étudiants de médecine de faire leur 3ème cycle en Guyane permettra d'avoir un meilleur retour sur le territoire des étudiants en médecine d'origine guyanaise, de lutter plus efficacement contre la désertification médicale et à terme d'avoir une faculté de médecine qui accueillera au-delà de l'année de PACES.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	756
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Favorable
Adopté	

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE 27 (SUPPRIMÉ)

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'accès effectif à l'interruption volontaire de grossesse et sur les difficultés d'accès rencontrées dans les territoires, y compris celles liées aux refus de pratiquer une interruption volontaire de grossesse par certains praticiens et à la délivrance d'informations dissuasives.

OBJET

Le présent amendement du groupe socialiste rétablit l'article 27, un dispositif indispensable dans la défense du droit des femmes à librement disposer de leur corps. Afin de le perfectionner, il y ajoute une investigation relative au délit d'entrave.

Nous avons été récemment confrontés aux nouvelles pratiques de dissuasion des anti-IVG, c'est-à-dire la divulgation de fausses informations concernant l'IVG via des plateformes internet. En effet, ces sites se présentent comme des sites informatifs pour diffuser un contenu relevant de l'entrave à l'IVG alors que l'accès à l'IVG est un droit fondamental pour toutes les femmes. Cela ne doit pas nous faire oublier que l'entrave à l'IVG est également exercée par certains professionnels de la santé. Afin de véritablement connaître l'accès effectif à l'interruption volontaire de grossesse, nous devons savoir quelles sont les pratiques potentielles d'entrave à l'IVG et de désinformation de certains praticiens



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	824
----------------	-----

2 JUIN 2019

S O U S - A M E N D E M E N T

à l'amendement n^o 756 de Mme ROSSIGNOL et les membres du
groupe socialiste et républicain et apparentés

présenté par

Le Gouvernement

C	Défavorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 27 (SUPPRIMÉ)

Amendement n^o 756, alinéa 2

Supprimer les mots :

et à la délivrance d'informations dissuasives

OBJET

L'amendement n^o 756 rétablit l'article 27 du projet de loi dans sa rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, en y ajoutant un champ d'investigation supplémentaire relatif à l'évaluation de l'éventuelle délivrance d'informations dissuasives qui relève de pouvoirs d'enquête, non mobilisables dans les délais du rapport. Aussi, le présent sous-amendement a pour objet de supprimer cette mention.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	628 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Adopté	

Mmes ROSSIGNOL, JASMIN, Martine FILLEUL et MEUNIER, M. DAUDIGNY, Mme LEPAGE, MM. Patrice JOLY et IACOVELLI, Mme CONCONNE, MM. MANABLE, Martial BOURQUIN, TOURENNE, TEMAL et DURAN, Mmes MONIER et BLONDIN et M. MAZUIR

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 27 (SUPPRIMÉ)

Après l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 2212-1 du code de la santé publique, le mot : « douzième » est remplacé par le mot : « quatorzième ».

OBJET

Le présent amendement augmente le délai prévu pour accéder à l'IVG. En effet, il n'existe pas de consensus scientifique sur la matérialisation de ce délai ; et dans les pays ayant expérimenté une augmentation de délai (ainsi que dans ceux où un tel délai n'existe pas), le recours à une IVG passé les douze premières semaines n'est pas significativement plus important. Cela représente une amélioration des droits sexuels et reproductifs des femmes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	349
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes COHEN, APOURCEAU-POLY, GRÉAUME
et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 27 (SUPPRIMÉ)

Après l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 2212-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont supprimés ;

2° Le troisième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « L'intéressée est informée sans délai dudit refus. L'établissement privé lui communique immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2. »

OBJET

La clause de conscience spécifique sur l'avortement a été instaurée par la loi de 1975 sous forme de compromis, pour faire accepter la loi sur l'avortement.

Il existe aussi une clause de conscience générale à tous les médecins qui prévoit qu'en dehors des cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Nous ne sommes plus en 1975 où il a fallu arracher le droit à l'avortement par une lutte acharnée et l'IVG, malgré les nombreux obstacles dressés, est devenue une pratique courante.

Il est donc largement temps de supprimer cette double clause de conscience spécifique d'un autre âge, tout en maintenant l'obligation de communiquer le nom d'autres praticiens.



PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

N°	735 rect. bis
----	---------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE(n^{os} 525, 524, 516, 515)

31 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes VAN HEGHE, Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mme MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 27 (SUPPRIMÉ)

Après l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 2212-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les premier et deuxième alinéas sont supprimés ;

2° Le troisième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de refus, l'intéressée est informée sans délai dudit refus. L'établissement privé ou le médecin à l'origine du refus, lui communique immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2. »

OBJET

En France, l'interruption volontaire de grossesse est légale depuis 43 ans. Pour autant, les professionnel.le.s de santé (médecin, sage-femme, infirmier.e, auxiliaire médical.e) ne sont jamais tenu.e.s de pratiquer cet acte comme le souligne spécifiquement l'article L. 2212-8 du code de la santé publique.

Disposer du droit d'interrompre volontairement une grossesse signifie également pouvoir le faire en toute sécurité : il s'agit non seulement d'un fondement de la liberté des femmes ; mais de surcroît ce droit permet la protection de leur vie et de leur intégrité physique.

La loi de 1975 a été un compromis entre la ministre Simone VEIL déterminée à garantir à toutes les femmes l'accès à l'IVG et une majorité parlementaire souvent hostile à la légalisation de l'avortement. Les concessions ont été nombreuses : délai de réflexion, exigence d'une situation de détresse, autorisation des parents pour les mineures, délai limité à 10 semaines, et clause de conscience spécifique.

Depuis la légalisation, malgré de nombreuses attaques, plus ou moins concertées, contre la liberté des femmes à disposer de leur corps, et avec le soutien des Français.e.s, ces dispositions, qui avaient pour seule fonction de compliquer l'accès à l'IVG, ont été abrogées ou réformées. Le droit à l'IVG a été conforté.

Seule la clause de conscience spécifique a perduré.

Depuis la loi Veil, les adversaires de l'IVG n'ont jamais désarmé, jamais renoncé ; et le droit à l'IVG gratuite, accessible et libre continue de s'exercer sur une ligne de crête. Faute d'obtenir, comme ils le revendiquent, l'interdiction de l'IVG, ils œuvrent d'une part à culpabiliser et dissuader les femmes, et d'autre part à organiser et soutenir, dans les services de santé, les réfractaires à l'IVG. Leur but est explicite : rendre ineffectif le droit à l'avortement.

Fin 2018, les propos du président du Syndicat national des gynécologues obstétricien.e.s français.e.s qualifiant l'avortement d'homicide révèlent que l'opposition à l'IVG n'est pas une opinion marginale mais institutionnelle. Plus récemment, la menace du même syndicat de faire la grève des IVG souligne à quel point ces médecins considèrent le droit à l'avortement comme une variable d'ajustement de leurs propres revendications professionnelles.

On ne peut banaliser ce type de propos car ils ont des conséquences sur la vie des femmes et des jeunes filles et sur l'effectivité de leurs droits. L'exemple italien est alarmant : l'IVG est légale, mais près de 70 % des médecins refusent de la pratiquer en se déclarant objecteurs de conscience.

La clause de conscience est aujourd'hui le symbole d'un pouvoir médical qui s'arroge le droit de contester la loi et continue de se mobiliser pour contrôler le corps des femmes. Elle est une menace constante et insidieuse qui pèse sur la réalité tangible du droit à l'IVG pour toutes les femmes.

Le code de la déontologie prévoit dans son article 47 relatif à la continuité des soins (article R.4127-47 du code de la santé publique) le droit de tou.te.s les professionnel.le.s de santé de refuser, pour des raisons personnelles, de pratiquer des actes médicaux.

Le présent amendement du groupe socialiste vise donc à abroger la clause de conscience spécifique à l'IVG prévue aux deux premiers alinéas de l'article L. 2212-8 du code de la santé publique.

Sa rédaction a été modifiée pour prendre en compte la remarque du rapporteur Milon en commission des affaires sociales et mentionner clairement dans la nouvelle rédaction de l'article L. 2212-8 l'obligation d'orientation du médecin à l'origine du refus.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	630 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER et LEPAGE, M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. IACOVELLI et DAUDIGNY, Mme CONCONNE, MM. MANABLE, LECONTE, Martial BOURQUIN, TOURENNE et DURAN, Mmes MONIER et BLONDIN et M. MAZUIR

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 27 (SUPPRIMÉ)

Après l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 2212-8 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Un médecin ayant refusé de pratiquer une interruption volontaire de grossesse au titre des dispositions prévues au premier alinéa du présent article ne peut pas être nommé responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle.

« Lorsqu'un responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle refuse de pratiquer une interruption volontaire de grossesse, il est mis fin à ses fonctions. »

OBJET

Les auteurs du présent amendement considèrent que refuser aux femmes le droit de disposer librement de leur corps correspond à un manquement grave aux obligations déontologiques des médecins. Le serment d'Hippocrate précise d'ailleurs « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. ».

Dès lors, ce refus doit avoir des conséquences en termes de progression de carrière et d'exercice des responsabilités à l'hôpital.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	629 rect.
----------------	--------------

29 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mmes ROSSIGNOL, MEUNIER et LEPAGE, M. Patrice JOLY, Mme JASMIN, MM. IACOVELLI et DAUDIGNY, Mme CONCONNE, MM. MANABLE, Martial BOURQUIN et TOURENNE, Mme GRELET-CERTENAIS, M. MAZUIR, Mmes BLONDIN et MONIER et MM. DURAN et LECONTE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 27 (SUPPRIMÉ)

Après l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 2212-8 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La liste des médecins, sages-femmes, infirmiers et auxiliaires médicaux ayant refusé de pratiquer une interruption volontaire de grossesse en vertu du présent article est rendue publique par voie numérique et régulièrement actualisée dans des conditions fixées par décret. »

OBJET

Le présent amendement vise à renforcer l'effectivité du droit inaliénable des femmes à l'interruption volontaire de grossesse. En effet, même si le professionnel de santé est tenu d'orienter immédiatement la femme dont il refuse d'interrompre la grossesse, la démarche d'aller voir le premier médecin prend initialement du temps. De surcroît, lorsque que le délai pour une interruption médicamenteuse est dépassé, chaque heure compte et la grossesse non désirée peut finalement advenir.

Par conséquent, les femmes doivent bénéficier d'une information exhaustive afin de ne pas subir de rejet médical lors de leur IVG, via la publication sur Internet d'une liste des praticiens objecteurs de conscience.

Nous considérons également que se déclarer en tant qu'objecteur de conscience relève de l'honnêteté déontologique vis-à-vis des patientes.

Nous demandons donc au Gouvernement de permettre aux femmes de ne plus perdre leur temps avec des praticiens qui piétinent leur droit à disposer de leurs corps.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)(n^{os} 525, 524, 516, 515)

N ^o	748
----------------	-----

28 MAI 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme ROSSIGNOL, MM. JOMIER et DAUDIGNY, Mmes GRELET-CERTENAIS et JASMIN, M. KANNER, Mmes MEUNIER, VAN HEGHE, FÉRET et LUBIN, M. TOURENNE, Mmes Martine FILLEUL et HARRIBEY, MM. LUREL, Joël BIGOT et BÉRIT-DÉBAT, Mmes BLONDIN et BONNEFOY, MM. BOTREL et Martial BOURQUIN, Mme CONCONNE, MM. DURAN et FICHET, Mme GHALI, MM. HOULLEGATTE et JACQUIN, Mme Gisèle JOURDA, MM. KERROUCHE et LALANDE, Mmes LEPAGE et MONIER, M. MONTAUGÉ, Mmes PEROL-DUMONT, PRÉVILLE et Sylvie ROBERT, M. SUEUR, Mme TAILLÉ-POLIAN, MM. TEMAL, TISSOT et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 27 (SUPPRIMÉ)

Après l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Au troisième alinéa de l'article L. 5122-6, après le mot : « remboursables », sont insérés les mots : « ou pour les médicaments remboursables ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire » ;

2^o Au premier alinéa de l'article L. 5122-8, après la référence : « L. 5122-6 », sont insérés les mots : « pour les médicaments remboursables ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire ».

II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

OBJET

Cet amendement est proposé par les laboratoires HRA Pharma, qui distribuent la contraception d'urgence.

Considérant que les recours à l'IVG d'une part, et à la contraception d'urgence d'autre part, sont stables depuis plusieurs décennies, le présent amendement vise à décomplexer le recours à la contraception d'urgence et à améliorer l'information sur cette méthode contraceptive.

Le service sanitaire présenté par les ministres Agnès Buzyn et Frédérique Vidal le 26 février 2018 fait de l'information sur la contraception l'un des axes principaux de la prévention. En parallèle, la communication du comité interministériel aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes du 8 mars de la même année place la garantie de l'accès aux soins de toutes les femmes sur tous les territoires en matière de contraception parmi ses mesures clés.

Investir un euro dans la prévention c'est faire une économie de trois euros pour l'avenir.

La pilule du lendemain prévient, en cas d'urgence, des grossesses non désirées. Elle ne se substitue en aucune façon à une contraception régulière qui demeure la plus efficace. La délivrance de la contraception d'urgence par les pharmaciens est libre, elle est également mise à disposition des mineures de façon anonyme et gratuite. Il reste néanmoins souvent gênant pour une jeune fille de venir au comptoir d'une pharmacie pour demander « la pilule du lendemain ». Pour faciliter cette demande la plupart des pays d'Europe autorisent, sous contrôle des autorités sanitaires, des campagnes d'information sur la marque. Seules la France, l'Allemagne et l'Italie ne l'autorisent pas.

L'autoriser, et donner ainsi plus de facilités et d'accès aux femmes, est l'objet de cet amendement. Il peut engendrer un coût pour l'Assurance maladie à court terme, mais ce traitement (entre 4 et 20 euros) est infiniment moins onéreux qu'une intervention volontaire de grossesse (plusieurs centaines d'euros). L'assurance maladie ne verra donc pas de coût supplémentaire lui être imputé.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROJET DE LOI

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ
(PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE)

(n° 525)

N°	A-1
----	-----

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

M. MILON

au nom de la commission des affaires sociales

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 28 (NOUVEAU)

Supprimer cet article.

OBJET

Introduit contre l'avis de la commission et du Gouvernement, cet article prolonge de deux semaines le délai d'accès à l'IVG.

Il ne se rattache au projet de loi que de manière très ténue, du fait de la présence, à l'article 17 du texte déposé à l'Assemblée nationale, d'une mesure de simplification prévoyant la suppression de l'obligation pour les professionnels de santé concernés de réaliser, à des fins statistiques, un bulletin « papier » pour chaque interruption volontaire de grossesse.

Il intervient sans qu'aucune concertation préalable n'ait été menée sur ce sujet, notamment avec la communauté scientifique et médicale.

Ce n'est pas dans ces conditions, ni dans ces circonstances au terme de l'examen d'un texte portant sur l'organisation du système de santé, qu'un débat sur le délai d'accès à l'IVG doit être mené et tranché.

C'est pourquoi votre commission demande la suppression de cet article.

PROPOSITION DE LOI

VISANT À AMÉLIORER LA LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU DANGEREUX



PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

N°	1 rect. quinquies
----	----------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 536, 535)

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. DECOOL, CHASSEING, GUERRIAU, Alain MARC, LONGEOT et LOUAULT, Mme Nathalie DELATTRE, M. BONNECARRÈRE, Mmes Laure DARCOS et GRUNY, MM. KERN, HOUPERT et MOGA, Mme GOY-CHAVENT, M. LEFÈVRE, Mmes BORIES, LHERBIER et KAUFFMANN, MM. Daniel DUBOIS, MALHURET et LAGOURGUE, Mme MÉLOT et M. CAPUS

ARTICLE 1^{ER} A

Alinéa 2, première phrase

Remplacer le nombre :

15

par le nombre :

20

OBJET

Le diagnostic technique global permet d'informer les copropriétaires sur la situation générale de l'immeuble et d'envisager d'éventuels travaux mis en œuvre dans le cadre d'un plan pluriannuel de travaux.

Il est préférable de prévoir un diagnostic technique global obligatoire pour les immeubles construits depuis plus de 20 ans et soumis à la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis. Cela semble plus pertinent compte tenu de l'évolution normale des immeubles construits depuis moins de 20 ans, ne nécessitant pas de nouveaux travaux importants sur une temporalité aussi courte.



PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU DANGEREUX

N°	10 rect. quater
----	-----------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 536, 535)

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Demande de retrait
Adopté	

Mme GUILLEMOT, MM. DAUNIS et IACOVELLI, Mmes CONCONNE, GHALI et ARTIGALAS, MM. Martial BOURQUIN, COURTEAU, DURAN, MONTAUGÉ, TISSOT, KANNER et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1^{ER} AAprès l'article 1^{er} A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La troisième phrase du septième alinéa de l'article L. 445-1 du code de la construction et de l'habitation est complétée par les mots : « et un état descriptif de l'état du bâti et des équipements mentionnant les gros travaux réalisés les cinq dernières années et les travaux d'amélioration que l'organisme prévoit le cas échéant d'engager ».

OBJET

La loi ELAN prévoit une massification de la vente de logements sociaux, voire d'immeubles entiers.

Le plan de mise en vente valant autorisation de vendre pendant 6 ans, sans autre encadrement ultérieur, il est proposé que les informations relatives au bâti soient renforcées au stade de la CUS. La seule condition minimale d'habitabilité et de performance liée au logement mentionnée à l'article L 443-11 du code de la construction et de l'habitation ne paraît plus en effet suffisante.

L'accession sociale à la propriété doit se réaliser dans les meilleures conditions financières, sociales et patrimoniales. La vente des logements ne doit pas mettre en danger la situation financière des ménages ou la qualité du bâti vendu ni générer des nouvelles copropriétés dégradées que nous tentons de combattre dans ce texte.

Cet amendement propose ainsi que le plan de mise en vente comporte pour chaque immeuble destiné à la vente un état descriptif de l'état du bâti et des équipements mentionnant le cas échéant les gros travaux réalisés les 5 dernières années et les travaux d'amélioration que l'organisme prévoit d'engager le cas échéant.



PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU DANGEREUX

N°	31 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 536, 535)

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme LÉTARD, M. MARSEILLE, Mme Catherine FOURNIER, M. KERN, Mme GUIDEZ,
M. BONNECARRÈRE, Mme VULLIEN, MM. LAUGIER, LOUAULT et MOGA, Mme FÉRAT,
M. CANEVET, Mme VERMEILLET, MM. JANSSENS, LONGEOT et DÉTRAIGNE,
Mmes SAINT-PÉ, PERROT
et les membres du groupe Union Centriste

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1^{ER} AAprès l'article 1^{er} A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le quatrième alinéa de l'article L. 443-7 du code de la construction et de l'habitation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La convention d'utilité sociale mentionnée à l'article L. 445-1 contient un plan de prévention des risques de dégradation des copropriétés issues de la vente des logements sociaux qu'elle prévoit. »

OBJET

Cet amendement vise à prévoir qu'un plan de prévention des risques de copropriétés dégradées soit directement intégré à la convention d'utilité sociale que chaque organisme d'habitations à loyer modéré doit conclure pour faire part de sa stratégie patrimoniale.

Pour lutter contre l'habitat indigne, il convient d'agir en amont du risque de copropriétés dégradées et de traiter les causes plutôt que les conséquences.

Dans le cadre de la loi Elan, les moyens ont été déployés pour permettre la réalisation d'un objectif de 40 000 ventes de logements sociaux par an. Sans revenir sur l'option politique choisie, on ne peut fermer les yeux sur les conséquences que cela emporte en termes de risques de copropriétés dégradées. Les personnes bénéficiant d'un PTZ accession sociale à la propriété ne sont pas éligibles pendant 5 ans aux aides de l'Anah et n'ont pas nécessairement les moyens de faire des travaux ou de prévoir une réhabilitation plus complète. Faute d'anticipation par des outils dédiés à la prévention, les politiques publiques ne sauront prévenir et anticiper des situations de dégradation de l'habitat.

Il paraît utile de se doter d'un plan de prévention des risques de copropriétés dégradées pour agir en amont des causes et faire en sorte que la réhabilitation du patrimoine immobilier puisse être intégrée dès l'origine comme une donnée des politiques publiques à mettre en œuvre.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX(n^{os} 536, 535)

N ^o	27 rect.
----------------	-------------

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Sagesse du Sénat
G	Défavorable
Retiré	

MM. GOLD, ARNELL et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme COSTES, M. DANTEC, Mme Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE, M. LABBÉ, Mme LABORDE et MM. LÉONHARDT, REQUIER et ROUX

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1^{ER} BAprès l'article 1^{er} B

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 835-2 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Le bénéfice du tiers payant des aides personnelles au logement est subordonné à la production d'un contrat de location. »

OBJET

Le présent amendement vise à subordonner le bénéfice du tiers payant des aides personnelles au logement à la production par le bailleur du contrat de location. La transmission du bail aux caisses d'allocations familiales permettrait ainsi de repérer, grâce au dossier de diagnostic technique et à l'état des lieux, les logements potentiellement indignes.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI
LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

(n^{os} 536, 535)

N ^o	17 rect.
----------------	-------------

7 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GHALI

C	Sagesse du Sénat
G	Sagesse du Sénat
Adopté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1^{ER} B

Après l'article 1^{er} B

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de deux mois à compter de la promulgation de loi, un rapport sur la sous-utilisation de la procédure de suspension du versement des aides financières pour un logement considéré comme insalubre ou indécent.

OBJET

Nombreux sont les marchands de sommeil qui s'assurent un niveau élevé de rentabilité de leur logement grâce aux aides financières de la caisse d'allocations familiales.

Si des dispositifs existent, ils sont encore sous-utilisés par la puissance publique.

En effet, depuis 2014, la loi ALUR donne le droit à la caisse d'allocations familiales de suspendre jusqu'à 18 mois toutes aides financières au logement si un logement est considéré comme insalubre ou indécent afin d'obliger les propriétaires à réaliser les travaux nécessaires. Malheureusement, les moyens alloués à la CAF pour contrôler ces logements ne sont pas assez importants, par conséquent, les cas de procédures de suspension allant à leur terme se font rares. Il s'agit d'un problème majeur pour les victimes des marchands de sommeil, lorsque leur plainte à la CAF n'aboutit pas sur une suspension des aides, les occupants font souvent l'objet de pression et de menaces de la part des propriétaires.

Il est donc important qu'un état des lieux soit réalisé et ainsi faire en sorte que le recours à cette disposition soit plus largement étendu.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI
LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

(n^{os} 536, rapport 535)

N ^o	32
----------------	----

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme ESTROSI SASSONE
au nom de la commission des affaires économiques

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 1^{ER} C

Alinéa 14, deuxième phrase

Après la référence :

L. 123-3

insérer les mots :

du présent code

OBJET

Amendement rédactionnel



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

(n^{os} 536, 535)

N ^o	8 rect. bis
----------------	----------------

6 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

Mme GUILLEMOT, MM. DAUNIS et IACOVELLI, Mmes CONCONNE, GHALI et ARTIGALAS,
MM. Martial BOURQUIN, COURTEAU, DURAN, MONTAUGÉ, TISSOT, KANNER
et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE 1^{ER} C

I - Alinéa 23

Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

L'agent signale, par constat séparé, les désordres qu'il a observés, dans le cadre de son déplacement, sur la situation générale du bâti. L'absence de ce constat ou le contenu de ce dernier ne peut être invoqué pour contester la validité de la procédure ou les conclusions de l'expertise.

II – Alinéa 107

Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

L'agent signale, par constat séparé, les désordres qu'il a observés, dans le cadre de son déplacement, sur la situation générale du bâti. L'absence de ce constat ou le contenu de ce dernier ne peut être invoqué pour contester la validité de la procédure ou les conclusions de l'expertise.

OBJET

Il est très fréquent que l'insalubrité d'un logement ne soit pas une situation isolée et concerne en réalité l'ensemble de l'immeuble.

Aussi il est proposé que lorsqu'un agent missionné par le maire ou le représentant de l'État réalise un déplacement, il signale les désordres qu'il a pu observer lors de son déplacement sur la situation générale du bâti.

Cela permettra aux autorités compétentes d'avoir une meilleure appréciation de la situation et d'envisager des mesures y compris en l'absence de signalement express des occupants.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX(n^{os} 536, 535)

N ^o	28 rect.
----------------	-------------

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. GOLD, ARNELL et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et
CORBISEZ, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY et GUÉRINI,
Mme GUILLOTIN, M. JEANSANNETAS, Mme JOUVE, M. LABBÉ, Mme LABORDE et
MM. LÉONHARDT, REQUIER et ROUX

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE 1^{ER} C

Alinéa 24

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le notaire chargé d'établir l'acte authentique de vente d'un bien immobilier à usage d'habitation ou d'un fonds de commerce d'un établissement recevant du public à usage total ou partiel d'hébergement signale à l'autorité compétente les faits pouvant relever de l'insécurité ou de l'insalubrité de ce bien.

OBJET

Le présent amendement vise à faciliter le signalement des biens immobiliers potentiellement insalubres ou en péril aux autorités compétentes. Les marchands de sommeil se fournissant dans le vivier de biens à rénover, notamment lors des ventes aux enchères, il est essentiel que le notaire signale l'insalubrité ou la dangerosité potentielle des biens vendus.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI
LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

(n^{os} 536, 535)

N ^o	25 rect.
----------------	-------------

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

MM. GOLD, ARNELL, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme COSTES, M. DANTEC, Mme Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY et GUÉRINI, Mme GUILLOTIN, M. JEANSANNETAS, Mme JOUVE, M. LABBÉ, Mme LABORDE et MM. REQUIER et ROUX

ARTICLE 1^{ER} C

Alinéa 30

Remplacer les mots :

le rapport

par les mots :

l'examen

OBJET

Amendement rédactionnel.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI
LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

(n^{os} 536, rapport 535)

N ^o	33
----------------	----

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme ESTROSI SASSONE
au nom de la commission des affaires économiques

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

ARTICLE 1^{ER} C

Alinéa 31

Remplacer les mots :

et suivants

par les mots :

à L. 521-4

OBJET

amendement de précision



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

(n^{os} 536, 535)

N ^o	29 rect.
----------------	-------------

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Avis du Gouvernement
G	Demande de retrait
Retiré	

MM. GOLD, ARNELL et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et
CORBISEZ, Mmes COSTES et Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GUÉRINI et
JEANSANNETAS, Mme JOUVE, M. LABBÉ, Mme LABORDE et MM. LÉONHARDT, REQUIER et
ROUX

ARTICLE 1^{ER} C

Alinéa 87, première phrase

Remplacer les mots :

aux 1^o et 3^o du

par les mots :

au

OBJET

Le présent amendement vise à rendre obligatoire le prononcé de la peine d'interdiction pour une durée de 5 ans au plus d'exercer une activité professionnelle ou sociale dès lors que celle-ci a été utilisée pour commettre l'infraction en matière d'habitat insalubre ou dangereux.



PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

N°	30 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 536, 535)

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Retiré	

MM. GOLD, ARNELL et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI et CORBISEZ,
Mme COSTES, M. DANTEC, Mme Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GUÉRINI et
JEANSANNETAS, Mme JOUVE, M. LABBÉ, Mme LABORDE et MM. LÉONHARDT, REQUIER et
ROUX

ARTICLE 1^{ER} C

Alinéa 87, deuxième alinéa

Remplacer le mot :

Toutefois

par les mots :

Si le propriétaire est l'occupant du bien

OBJET

Le présent amendement a pour objet de limiter la possibilité pour le juge de ne pas prononcer les peines complémentaires obligatoires à l'égard du propriétaire d'un logement insalubre ou en état de péril (confiscation du bien et interdiction d'acheter un bien immobilier pour une durée maximale de 10 ans), à la seule situation où le propriétaire est l'occupant du bien.



PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

N°	11 rect. quater
----	-----------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 536, 535)

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mmes NOËL, EUSTACHE-BRINIO et MORHET-RICHAUD, MM. Daniel LAURENT, BONHOMME, PERRIN, RAISON, Bernard FOURNIER, CHAIZE, SEGOUIN et CHARON, Mme MICOULEAU, MM. MAYET et KENNEL, Mme GRUNY, MM. PACCAUD et CHATILLON, Mme Laure DARCOS, M. Henri LEROY, Mme LAMURE et M. BABARY

ARTICLE 1^{ER} D

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Il est mis en place une base de données et d'information à destination expresse des maires, rassemblant l'ensemble des copropriétés insalubres placées sous administration judiciaire provisoire définie à l'article 29-1 de la loi 65-557. »

OBJET

Cet amendement vise à renforcer le pouvoir d'action des maires en leur permettant d'avoir une vision d'ensemble, grâce à un outil dont les modalités de fonctionnement et d'accès resteront à définir, des copropriétés mises sous administration provisoire, de manière à anticiper les éventuelles mesures d'urgence à mettre en place.



PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

N°	24 rect. bis
----	--------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 536, 535)

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Sagesse du Sénat
Adopté	

MM. GOLD, ARNELL, Alain BERTRAND et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme COSTES, M. DANTEC, Mme Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY et GUÉRINI, Mme GUILLOTIN, M. JEANSANNETAS, Mme JOUVE, M. LABBÉ, Mme LABORDE et MM. REQUIER et ROUX

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1^{ER} EAprès l'article 1^{er} E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 301-6 du code de la construction et de l'habitation, il est inséré un article L. 301-... ainsi rédigé :

« Art. L. 301-.... – Les établissements publics de coopération intercommunale compétents en matière d'habitat, ou à défaut les communes, peuvent désigner un référent chargé d'accompagner les propriétaires de logements dégradés qui le demandent dans la réhabilitation de leur logement en identifiant les mesures et travaux possibles ainsi que les aides publiques mobilisables. »

OBJET

Le présent amendement prévoit la possibilité pour les collectivités locales compétentes en matière d'habitat de désigner un référent « habitat dégradé » afin d'inciter les propriétaires à engager des travaux de réhabilitation. Cette mesure vise à accompagner les propriétaires dans leurs démarches et à accroître la lisibilité des aides dont ils peuvent bénéficier.



PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU DANGEREUX

N°	13 rect. quater
----	-----------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 536, 535)

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Favorable
G	Favorable
Adopté	

Mmes NOËL, EUSTACHE-BRINIO et MORHET-RICHAUD, MM. BASCHER, Daniel LAURENT, BONHOMME, PERRIN, RAISON, Bernard FOURNIER, CHAIZE et CHARON, Mme MICOULEAU, MM. MAYET et KENNEL, Mme GRUNY, MM. PACCAUD et CHATILLON, Mmes Laure DARCOS et IMBERT, M. Henri LEROY et Mme LAMURE

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 1^{ER} EAprès l'article 1^{er} E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le I de l'article L. 615-6 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « renouvelable une seule fois », sont remplacés par les mots : « non renouvelable » ;

2° Avant la dernière phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Le syndic est tenu de fournir à l'expert tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission dans un délai de quinze jours à compter de la notification de l'ordonnance du juge au syndic sous peine du paiement d'une astreinte d'un montant maximal de 200 € par jour de retard. »

II. – La première phrase du quatrième alinéa de l'article 29-1 B de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis est complétée par les mots : « sous peine du paiement d'une astreinte d'un montant maximal de 200 € par jour de retard ».

OBJET

Comme l'a souligné Madame le rapporteur, un axe de travail intéressant peut se situer dans le renforcement du rôle des collectivités territoriales dans la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux. Il pourrait être également intéressant d'intervenir là aussi en amont, sans attendre que le bâti soit dans un état pouvant être dangereux pour ses occupants, notamment en simplifiant la procédure de mise en œuvre d'un état de carence. Cette simplification se doit bien entendu de respecter les principes du droit à la propriété, mais la temporalité est un enjeu important dans de ce type de situation. Cet amendement

visé donc à imposer un délai plus court dans la remise du rapport d'expertise lorsque la procédure est enclenchée (délai pouvant aller à 6 mois actuellement dans les textes, beaucoup plus dans la réalité).



PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

N°	12 rect. quinq uies
----	------------------------------

DIRECTION
DE LA SÉANCE

(n°s 536, 535)

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Adopté	

Mmes NOËL, EUSTACHE-BRINIO et MORHET-RICHAUD, MM. Daniel LAURENT, BONHOMME, PERRIN, RAISON, CHAIZE et CHARON, Mme MICOULEAU, M. KENNEL, Mme GRUNY, MM. PACCAUD et CHATILLON, Mme Laure DARCOS, M. Henri LEROY, Mme LAMURE et M. BABARY

ARTICLE 2

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

Il est créé un dispositif de suivi des copropriétés dégradées composée du maire, du président du tribunal de grande instance, des administrateurs provisoires, des services de l'État, qui permet de vérifier que le redressement est bien engagé. Les membres dudit comité de suivi exercent à titre bénévole. Aucun frais lié au fonctionnement de ce comité ne peut être pris en charge par une personne publique.

OBJET

Cet amendement vise à créer un organe opérationnel composé du Maire, du Président du Tribunal de Grande Instance, des Syndics, des administrateurs provisoires, des services de l'État. L'obligation pour ce dernier, que soit tenue au minimum une fois par an une réunion permettra un suivi des copropriétés dégradées afin de vérifier que le redressement est bien engagé et que les situations ne se dégradent pas plus dans le temps.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX(n^{os} 536, 535)

N ^o	26 rect.
----------------	-------------

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

MM. GOLD, ARNELL et CABANEL, Mme Maryse CARRÈRE, MM. CASTELLI, COLLIN et CORBISEZ, Mme COSTES, M. DANTEC, Mme Nathalie DELATTRE, MM. GABOUTY, GUÉRINI et JEANSANNETAS, Mme JOUVE, M. LABBÉ, Mme LABORDE et MM. LÉONHARDT, REQUIER et ROUX

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 2

Après l'article 2

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le début du premier alinéa du I de l'article L. 634-1 du code de la construction et de l'habitation est ainsi rédigé : « Lorsque l'autorisation prévue par l'article L. 635-1 n'a pas été mise en place, l'organe délibérant de l'établissement public de coopération intercommunale compétent en matière d'habitat ou, à défaut, le conseil municipal délimite des zones soumises ... ».

OBJET

Le présent amendement généralise le recours à la déclaration préalable de mise en location, à défaut de rendre obligatoire le permis de louer, dans les zones délimitées au regard de l'objectif de lutte contre l'habitat indigne.

Cette généralisation, moins contraignante que celle du permis de louer, permettrait aux collectivités locales compétentes en matière d'habitat, d'être informées des biens immobiliers potentiellement indignes mis en location. En outre, le propriétaire devant remettre un récépissé de la déclaration de mise en location pour bénéficier du tiers payant des aides personnelles au logement, cette mesure permettra aux caisses d'allocations familiales d'être informées de ces mises en location.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

(n^{os} 536, 535)

N ^o	2 rect.
----------------	---------

6 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

Mme GUILLEMOT, MM. DAUNIS et IACOVELLI, Mmes CONCONNE, GHALI et ARTIGALAS,
MM. Martial BOURQUIN, COURTEAU, DURAN, MONTAUGÉ, TISSOT, KANNER
et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 2 BIS

Après l'article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa de l'article L. 635-4 du code de la construction et de l'habitation est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Elle est valable pour une durée de trois ans à compter de la mise en location. Les locataires ou occupants du logement permettent l'accès aux lieux loués des agents mandatés par l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation préalable. »

OBJET

L'organe délibérant de l'établissement public de coopération intercommunale ou le conseil municipal peut délimiter des zones soumises à autorisation préalable de mise en location sur les territoires présentant une proportion importante d'habitat dégradé et dans l'objectif de lutter contre l'habitat indigne.

C'est ce qu'on appelle communément le « permis de louer ».

L'autorisation devient caduque s'il elle n'est pas suivie d'une mise en location dans un délai de deux ans suivant sa délivrance.

L'autorisation préalable de mise en location doit être renouvelée à chaque nouvelle mise en location.

Le texte de la commission vient préciser à l'article 2 ter que le propriétaire n'est pas tenu de solliciter le permis de louer en cas de nouvelle mise en location si l'autorisation a été délivrée il y a moins d'un an.

En revanche, le dispositif actuel n'oblige pas le propriétaire à renouveler l'autorisation préalable en cas de reconduction ou de renouvellement du bail.

S'agissant de zones et d'immeubles identifiés « à risque », il est proposé que l'autorisation préalable ne soit pas un blanc-seing donné au propriétaire pendant toute la durée d'occupation d'un ménage dont le bail peut se renouveler par tacite reconduction.

Aussi notre amendement instaure une durée de validité du permis de louer.

L'autorisation préalable requise avant la mise en location serait ainsi valable pour une durée de 3 ans à compter de la mise en location.

L'autorité compétente pourrait ainsi régulièrement vérifier la situation des logements loués sur le périmètre de l'autorisation.

En corollaire, l'amendement prévoit que le locataire ou occupant du logement permet l'accès aux lieux loués aux agents mandatés par l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation préalable.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

(n^{os} 536, 535)

N ^o	3 rect.
----------------	---------

6 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme GUILLEMOT, MM. DAUNIS et IACOVELLI, Mmes CONCONNE, GHALI et ARTIGALAS,
MM. Martial BOURQUIN, COURTEAU, DURAN, MONTAUGÉ, TISSOT, KANNER
et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

I. – Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 521-1 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1^o Les mots : « de bonne foi » sont supprimés ;

2^o Sont ajoutés les mots : « sauf mauvaise foi avérée ».

II. – En conséquence, faire précéder cet article d'une division additionnelle et de son intitulé ainsi rédigés :

Chapitre ...

Renforcer la protection des occupants de l'habitat indigne

OBJET

Les propriétaires indécents parviennent à obtenir la résiliation judiciaire des baux en raison du défaut de paiement des loyers et charges.

Les occupants sont alors dépourvus de leur droit au relogement et éventuellement de leur recours en indemnisation.

Les articles L.521-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation organisent les obligations des propriétaires ou exploitants en matière de relogement ou d'hébergement des locataires ou occupants de bâtiments insalubres.

Pour renforcer la protection des occupants, il est proposé d'intégrer à l'article L521-1 une présomption de bonne foi de l'occupant. Le droit au relogement s'appliquerait donc sauf en cas de mauvaise foi avérée de l'occupant.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI
LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

(n^{os} 536, 535)

N ^o	15
----------------	----

6 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme GHALI

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le II de l'article L. 521-3-1 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° À la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « à ses besoins et à ses possibilités » sont remplacés par les mots : « à ses besoins, à ses possibilités et à ses ressources » ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La proposition de relogement doit être adaptée aux besoins, aux possibilités et aux ressources de la personne délogée. Elle doit respecter la typologie du logement originel et être adaptée à la composition du foyer, aux besoins spécifiques et aux ressources de ceux qui le composent. L'accessibilité au logement pour les personnes à mobilité réduite doit être prise en compte. Le temps de trajet entre le logement et le lieu de travail ou de scolarisation des membres du foyer ne doit pas être rallongé de plus de quinze minutes. »

OBJET

Il est essentiel d'inscrire dans la loi les critères encadrant les conditions de relogement des personnes victimes de l'habitat insalubre.

Cet vise à enrichir et à définir le principe de « logement adapté aux besoins et aux possibilités » cité à l'alinéa 4 l'article L.521-3-1 du code de la construction et de l'habitation afin qu'il réponde à l'ensemble des problématiques que rencontrent les personnes délogées pendant leur relogement.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX(n^{os} 536, 535)

N ^o	4 rect. bis
----------------	----------------

6 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme GUILLEMOT, MM. DAUNIS et IACOVELLI, Mmes CONCONNE, GHALI et ARTIGALAS,
MM. Martial BOURQUIN, COURTEAU, DURAN, MONTAUGÉ, TISSOT, KANNER
et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

I. – Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la deuxième phrase du premier alinéa du II de l'article L. 521-3-1 du code de la construction et de l'habitation, les mots : « l'offre d'un logement correspondant à ses besoins et à ses possibilités » sont remplacés par les mots : « deux offres fermes de logement adaptées aux besoins et aux ressources ».

II. – En conséquence, faire précéder cet article d'une division additionnelle et de son intitulé ainsi rédigés :

Chapitre ...

Renforcer la protection des occupants de l'habitat indigne

OBJET

Il y a un paradoxe à confier le relogement du locataire victime à son propriétaire délictueux notamment en cas de relogement définitif, risquant de laisser les occupants dans la spirale de l'habitat indigne.

S'agissant d'un logement définitif, et pour limiter le risque de retour vers un autre logement insalubre, il est proposé de prévoir que le propriétaire fera 2 offres de relogement (au lieu d'une seule) répondant aux besoins et aux ressources du locataire ou de l'occupant.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

(n^{os} 536, 535)

N ^o	22 rect.
----------------	-------------

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mmes GUILLEMOT et CONCONNE, MM. LUREL et ANTISTE, Mme JASMIN, MM. KANNER, DAUNIS et IACOVELLI, Mme ARTIGALAS, MM. Martial BOURQUIN, COURTEAU, DURAN, MONTAUGÉ et TISSOT, Mme GHALI et les membres du groupe socialiste et républicain

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant les solutions permettant de remédier aux conséquences de la suppression de l'APL-accession sur la réalisation de travaux par les propriétaires occupants et sur la lutte contre l'habitat indigne, notamment dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution. Le rapport présente également les avantages et les inconvénients d'un rétablissement de l'APL-accession.

OBJET

Le taux de propriétaires parmi les jeunes ménages modestes a été divisé par deux en l'espace de seulement 40 ans, tandis que celui des ménages aisés a augmenté de plus de 50 % au cours de la même période.

Dans un contexte de hausse des prix continue, l'accompagnement à l'accession à la propriété des ménages modestes doit s'imposer à l'État.

Les inégalités d'accès à la propriété ne cessent de se renforcer reléguant les jeunes ménages et les ménages les plus fragiles loin des centres ou vers des logements dégradés.

L'APL accession avait vocation à soutenir des ménages aux revenus modestes et dans beaucoup de cas, le projet d'acquisition n'aurait pas pu être possible sans le soutien de l'APL accession qui intervient comme un réel déclencheur.

L'APL accession est souvent nécessaire pour conforter un prêt aidé. Pour les ménages du premier quartile, elle permet de réduire d'un quart les mensualités de remboursement.

La suppression voulue par le gouvernement est bien contreproductive et elle a pour effet de bloquer la mobilité des ménages les plus modestes.

En Outre-mer, une des principales priorités identifiées depuis plusieurs années est la résorption de l'habitat insalubre : 13% des logements sont concernés, soit environ 70 000 logements. C'est 10 fois plus qu'au niveau national!

Lors de la conférence logement réunie par la ministre des Outre-mer début 2019, le ministre du logement avait indiqué travailler pour trouver une alternative qui soit plus performante pour remplacer l'APL accession en Outre-mer. Cet engagement du Gouvernement n'est pas tenu à ce jour.

L'APL accession est un levier extrêmement important pour fluidifier le parc de logement et contribuer à la lutte contre l'habitat indigne.

Il est donc proposé de rétablir en urgence les aides personnelles au logement en faveur de l'accession à la propriété sur l'ensemble du territoire et particulièrement dans les outre-mer.

Cet amendement prévoit que le gouvernement propose les solutions permettant de remédier aux conséquences de la suppression de l'APL-accession sur la réalisation de travaux par les propriétaires occupants et sur la lutte contre l'habitat indigne, notamment en Outre-mer. Il est également proposé que le gouvernement présente les conditions et modalités d'un dispositif équivalent à l'APL-accession.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

(n^{os} 536, rapport 535)

N ^o	34
----------------	----

11 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme ESTROSI SASSONE
au nom de la commission des affaires économiques

C	Favorable
G	Défavorable
Adopté	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant les solutions permettant de remédier aux conséquences de la suppression de l'APL-accession sur la réalisation de travaux par les propriétaires occupants et sur la lutte contre l'habitat indigne, notamment dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution. Le rapport présente également les avantages et les inconvénients d'un rétablissement de l'APL-accession.

OBJET

Le gouvernement a supprimé l'APL-accession lors de la loi n^o 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

Alors même que l'économie attendue de la suppression de l'APL-accession est réduite (environ 50 millions d'euros par an), cette mesure a un impact considérable sur la réalisation de travaux par les propriétaires occupants très modestes. Elle a également fortement ralenti voire stoppé certains programmes de résorption de l'habitat indigne en outre-mer.

Le présent amendement prévoit la remise d'un rapport au Parlement présentant les solutions permettant de remédier aux conséquences de la suppression de l'APL-accession sur la réalisation de travaux par les propriétaires occupants et plus généralement sur la lutte contre l'habitat indigne, notamment en outre-mer. Le rapport présente également les avantages et les inconvénients d'un rétablissement de l'APL-accession. Au regard de l'urgence de la situation, le gouvernement devra remettre son rapport dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX(n^{os} 536, 535)

N ^o	9 rect.
----------------	---------

6 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme CONCONNE, MM. LUREL et ANTISTE, Mmes JASMIN et GUILLEMOT, MM. DAUNIS et IACOVELLI, Mme ARTIGALAS, MM. Martial BOURQUIN, COURTEAU, DURAN, MONTAUGÉ et TISSOT, Mme GHALI, M. KANNER
et les membres du groupe socialiste et républicain

C	Demande de retrait
G	
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

I. – Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de deux mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les modalités de mise en place d'un dispositif pérenne applicable aux collectivités régies par l'article 73 de la Constitution visant à accompagner les ménages modestes vers l'accession sociale à la propriété et, pour les propriétaires modestes, vers la réhabilitation de leur logement.

II. – En conséquence, faire précéder cet article d'une division additionnelle et de son intitulé ainsi rédigés :

Chapitre ...

Mesures d'urgence pour lutter contre l'habitat indigne et dégradé en Outre-mer

OBJET

L'une des principales priorités identifiées depuis plusieurs années dans les Outre-mer est la résorption de l'habitat insalubre : 13% des logements sont concernés, soit environ 70 000 logements. C'est 10 fois plus qu'au niveau national!

L'habitat informel ou spontané y est très développé pour des raisons à la fois historiques et économiques. Les taux de pauvreté oscillent entre 19% en Guadeloupe, 21% en Martinique et 44% en Guyane ! L'insularité et le climat tropical rendent l'entretien des logements plus cher et plus difficile.

La loi de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer porte un engagement de construction de 150 000 logements sur 10 ans. Aujourd'hui l'État n'est pas la hauteur des objectifs fixés.

La suppression de l'APL accession prévue à l'article 126 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 fut un véritable choc dans les Outre-mer avec des conséquences sur les familles les plus modestes, l'emploi et le secteur du BTP qui se font tragiquement ressentir.

Une des clés pour sortir de l'habitat indigne c'est pourtant de mener des opérations massives de réhabilitation et des actions complémentaires à la location de logements sociaux en particulier par des mécanismes de soutien à l'accession sociale à la propriété.

C'est d'ailleurs ce qui est ressorti de la conférence logement réunie par la ministre des Outre-mer début 2019. Le ministre du logement avait alors indiqué travailler pour trouver une alternative qui soit plus performante pour remplacer l'APL accession en Outre-mer.

Cet engagement du Gouvernement n'est pas tenu à ce jour.

Notre amendement propose que le gouvernement fasse très rapidement, et en vue de l'examen du projet de loi de finances pour 2020, des propositions tendant à la mise en place d'un dispositif pérenne équivalent à l'APL accession.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX(n^{os} 536, 535)

N ^o	23
----------------	----

6 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

Mme JASMIN

C	Demande de retrait
G	Demande de retrait
Retiré	

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 4 TER

Après l'article 4 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport relatif aux zones des cinquante pas géométriques en outre-mer, pour permettre les opérations de résorption de l'habitat insalubre ou dangereux au regard des risques climatiques ou sismiques dans ces zones.

OBJET

Les « 50 pas géométriques » sont une bande littorale de 81,20 m, propriété de l'État inaliénable et imprescriptible, constituée en outre-mer dès le XVII^{ème} siècle.

Pourtant, dans ces territoires d'outre-mer, il perdurent de fortes pressions d'usage avec régulièrement la prolifération d'habitats spontanés, souvent dangereux ou insalubres, qui viennent parfois menacer le paysage et la biodiversité de cette bande restée, en grande partie à l'état naturel.

De plus, en outre-mer, au regard des nombreux aléas climatiques et sismiques auxquels sont soumis ces zones du littoral, il s'avère désormais indispensable de repenser la gestion de ces réserves foncières, en concertation avec les collectivités locales de ces territoires et les acteurs de terrain (l'ONF, le conservatoire du littoral, les associations environnementales...) .

Par cet amendement, il s'agit donc d'initier une réflexion globale sur cette problématique, afin de mettre en place une stratégie publique de régularisation des bâtis et des normes de construction au regard des risques naturels majeurs que connaissent ces zones.

Les constructions dans ces zones subissent différents aléas tels que les cyclones, le séisme, la pluie, l'humidité, la submersion, la houle, la corrosion.... Ces constructions reposent sur des sols soumis à des contraintes très lourdes : inondations, glissements de terrain, liquéfaction, sols meubles, etc.

Et enfin, ces bâtiments doivent supporter un climat difficile chaud et humide, or s'il existe bien une norme sismique, en revanche, il n'existe aucune norme de génie para-cyclonique qui serait applicable en outre-mer et singulièrement sur cette bande littorale .

Aussi, il convient de proposer au gouvernement de remettre au parlement, dans un délai d'un an, un rapport sur ce sujet.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX(n^{os} 536, 535)

N ^o	5 rect.
----------------	---------

6 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme GUILLEMOT, MM. DAUNIS et IACOVELLI, Mmes CONCONNE, GHALI et ARTIGALAS,
MM. Martial BOURQUIN, COURTEAU, DURAN, MONTAUGÉ, TISSOT, KANNER
et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 7Avant l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le IV de l'article L. 521-3-2 du code de la construction et de l'habitation est ainsi rédigé :

« IV. – Lorsqu'une personne publique, un organisme d'habitations à loyer modéré, une société d'économie mixte ou un organisme à but non lucratif a assuré le relogement, un arrêté du maire ou du préfet fixe l'indemnisation du relogement due par le propriétaire ou l'exploitant soit sous la forme d'un versement forfaitaire de dix-huit mois de loyer prévisionnel, soit sous la forme du paiement d'un droit de réservation auprès d'un organisme de logement social désigné par l'arrêté. »

OBJET

L'indemnité représentative des frais engagés pour le relogement en cas de défaillance du propriétaire est limitée actuellement à un an de loyer prévisionnel.

Il est proposé de renforcer le dispositif d'indemnisation due par les propriétaires indéliques ou marchands de sommeil.

Cet amendement propose de porter l'indemnité représentative des frais engagés exigibles auprès du bailleur indélicat ou du marchand de sommeil d'un an à 18 mois.

Il permet également au maire d'imposer au propriétaire ou à l'exploitant défaillant de s'acquitter d'un droit de réservation auprès d'un organisme hlm.



DIRECTION
DE LA SÉANCE

PROPOSITION DE LOI

LUTTE CONTRE L'HABITAT INSALUBRE OU
DANGEREUX

(n^{os} 536, 535)

N ^o	6 rect.
----------------	---------

6 JUIN 2019

A M E N D E M E N T

présenté par

C	Défavorable
G	Défavorable
Rejeté	

Mme GUILLEMOT, MM. DAUNIS et IACOVELLI, Mmes CONCONNE, GHALI et ARTIGALAS,
MM. Martial BOURQUIN, COURTEAU, DURAN, MONTAUGÉ, TISSOT, KANNER
et les membres du groupe socialiste et républicain

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 7

Avant l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au IV de l'article L. 521-3-2 du code de la construction et de l'habitation, les mots : « un an » sont remplacés par les mots : « dix-huit mois ».

OBJET

Amendement de repli

L'indemnité représentative des frais engagés pour le relogement en cas de défaillance du propriétaire est limitée actuellement à un an de loyer prévisionnel.

Il est proposé de renforcer le dispositif d'indemnisation due par les propriétaires indécents ou marchands de sommeil.

Cet amendement propose de porter l'indemnité représentative des frais engagés exigibles auprès du bailleur indécit ou du marchand de sommeil d'un an à 18 mois.