

Le 18 janvier 2012

Commission des affaires sociales

**Proposition de loi visant à garantir un accès égal aux soins sur l'ensemble du territoire
(3914)**

**Amendements reçus par la Commission
RECT**

AS	3	
----	---	--

AMENDEMENT N°3

présenté par
Mme Bérengère POLETTI et Mr Philippe VIGIER

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 10, insérer l'article suivant :

« Le II de l'article 6 de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, les informations à caractère médical relatives à une personne mineure et détenues par les centres de planification ou d'éducation familiale, les établissements d'enseignement du second degré ou les régimes obligatoires d'assurance maladie en application des articles L. 2212-7, L. 2311-4 et L. 5134-1 du code de la santé publique ne sont communiquées qu'à cette personne et non pas à ses représentants légaux. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Cet amendement met en place un dispositif anonyme et gratuit de prescription et de délivrance de méthodes contraceptives pour toutes les mineures souhaitant y accéder. Ce dispositif doit permettre de préserver de façon spécifique l'anonymat de la personne mineure, en interdisant toute communication aux représentants légaux des intéressées des informations relatives à leurs prescriptions contraceptives et détenues par les centres de planification ou d'éducation familiale, les établissements d'enseignement du second degré ou les régimes obligatoires d'assurance maladie.

AMENDEMENT N°4

AS	4	
----	---	--

présenté par
Mme Bérengère POLETTI et Mr Philippe VIGIER

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 10, insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 2212-10 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2212-10-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2212-10-1.* – Après consultation des professionnels de santé concernés, une expérimentation est menée, pour une durée de deux ans, dans une région qui connaît un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse et des difficultés pour organiser leur prise en charge.

« Initiée par l'agence régionale de santé, cette expérimentation autorise les sages-femmes des établissements de santé publics ou privés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse selon les règles d'administration applicables à cette pratique prévues par le présent chapitre.

« Dans le cadre de cette expérimentation, la sage-femme sollicitée par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse procède à la consultation médicale prévue à l'article L. 2212-3 et informe celle-ci, dès sa première visite, des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse ainsi que des risques et des effets secondaires potentiels. Si la femme renouvelle sa demande d'interruption de grossesse, la sage-femme recueille son consentement dans les conditions prévues à l'article L. 2212-5.

« Une sage-femme bénéficie de la clause de conscience et n'est jamais tenue de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais elle doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

« Si la sage-femme ne pratique pas elle-même l'interruption de grossesse, elle restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au praticien choisi par elle et lui délivre un certificat attestant qu'elle s'est conformée aux dispositions des articles L. 2212-3 et L. 2212-5.

« Les modalités d'organisation de la consultation des professionnels de santé prévue au premier alinéa du présent article sont fixées par décret.

« Avant le 15 septembre de chaque année, le ministre chargé de la santé remet au Parlement un rapport qui présente une évaluation de l'expérimentation ainsi menée. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Cet amendement participe à une meilleure organisation de l'offre de soins gynécologiques sur le territoire en reprenant des dispositions qui, votées par le Parlement lors de l'adoption de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, ont été annulées par le Conseil constitutionnel pour des raisons de vice de forme.

Il offre aux agences régionales de santé, situées dans une région qui connaît un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse et des difficultés pour organiser leur prise en charge, la possibilité de donner pendant deux ans à des sages-femmes volontaires des établissements de santé publics ou privés, l'autorisation de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

AS	5	
----	---	--

**PROPOSITION DE LOI VISANT A GARANTIR UN ACCES AUX SOINS EGAL SUR L'ENSEMBLE DU
TERRITOIRE,
N°3914**

Amendement N°

Présenté par

Jean Luc Prével

Article 2

A l'alinéa 2, après les mots : « maisons de santé pluridisciplinaire », supprimer les mots : « ou d'un établissement hospitalier ».

EXPOSE DES MOTIFS

Les étudiants en médecine sont formés à l'hôpital. Le but de la proposition de loi et de cet article est de leur permettre de découvrir l'exercice de la médecine ambulatoire. L'idéal serait que ce stage s'effectue 6 mois en ville, 6 mois en zone rurale encadré par un maître de stage motivé et formé.

L'étudiant en médecine formé au CHU ne connaît pas la médecine ambulatoire. Il est nécessaire de lui permettre de la découvrir. Par contre il n'est pas souhaitable de permettre ce stage en établissement, le choix des stages se faisant au niveau des propositions des Doyens.

N° 3914



ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°1 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 1

Suppression de l'article

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en

place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

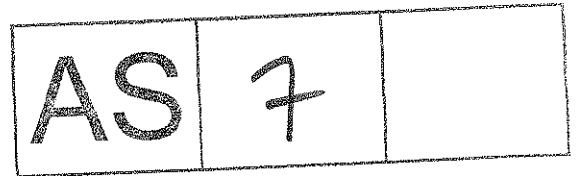
Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

N° 3914



ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°2 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 2

Suppression de l'article

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en

place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

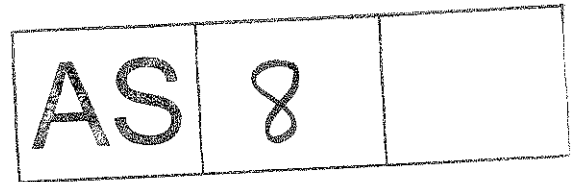
Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.



ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°3 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 2

A l'alinéa 2, remplacer « 12 mois », par « 3 mois »

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le

principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

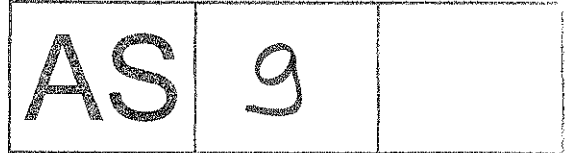
Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entrainera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

N° 3914



ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°4 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 3

Suppression de l'article

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en

place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

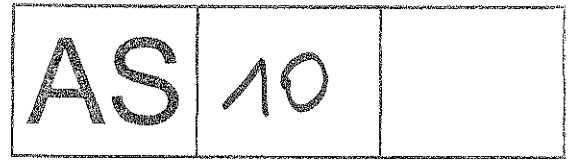
Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.



N° 3914

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°5 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 4

Suppression de l'article

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en

place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.



ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°6 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 4

A l'alinéa 2, supprimer « leurs fonctions à titre libéral »

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le

principe de l'augmentation du *numerus clausus*, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

N° 3914

AS	12	
----	----	--

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI
visant à garantir un accès aux soins
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°7 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 4

L'article 4 est ainsi réédigé :

« Les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral et qui s'installeraient pour une durée d'au moins trois ans dans un territoire dans lequel le schéma visé à l'article L.1434-7 indique que l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population, bénéficierait de façon dérogatoire de la possibilité de s'installer en secteur conventionné à honoraire libre, dit secteur 2.

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement

dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

ASSEMBLÉE NATIONALE
 CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
 TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
 égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°8 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 4

la seconde phrase de l'alinéa 2.
~~l'alinéa 2. Supprimer de « ils sont tenus » à « besoins de santé de la population ».~~

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités

Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°8 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 4

Suppression de l'alinéa 3

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités

Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du *numerus clausus*, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°9 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 4

Suppression de l'alinéa 4

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le

principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entrainera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°10 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 5

Suppression de l'article

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en

place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.



Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°11 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 5

Suppression de l'alinéa 4

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le

principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

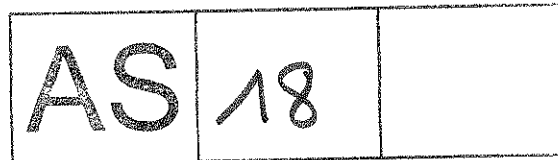
Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entrainera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

N° 3914



ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°12 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 6

Suppression de l'article

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit

passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

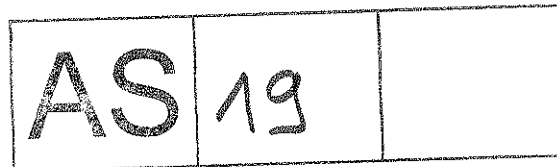
Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

N° 3914



ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°13 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 6

Suppression de l'alinéa 4

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit

passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.



ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOIvisant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,**Amendement n°14 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,****Article 7**

Suppression de l'article

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités

Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

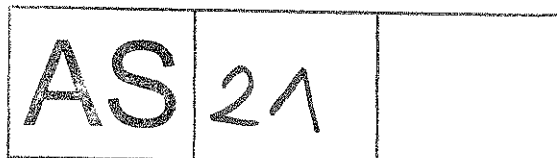
Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.



ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOIvisant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,**Amendement n°15 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,****Article 7**

Suppression de l'alinéa 4

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le

principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

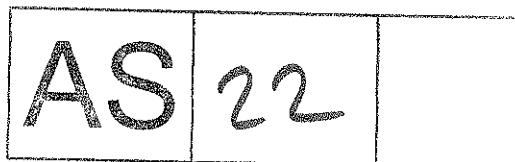
Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

N° 3914



ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°16 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 8

Suppression de l'article

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en

place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

N° 3914



ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°17 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 8

Suppression de l'alinéa 4

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

N° 3914

AS	24	
----	----	--

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°18 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 9

Suppression de l'article

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la

formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

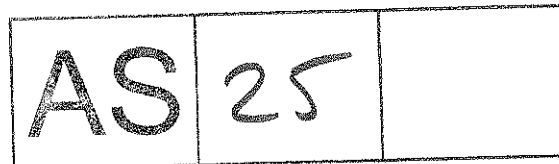
Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entraînera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

N° 3914



ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°19 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 9

Suppression de l'alinéa 4

Exposé des motifs

L'organisation du système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions et tentatives d'organisation. A cette notion devrait d'ailleurs être préférée celle d'organisation du système de santé beaucoup plus cohérente. Cette cohérence manque aujourd'hui dans la proposition de loi de santé qui nous est proposée. Des mesures spécifiquement destinées à la problématique de l'installation sont insuffisantes, perturbatrices et contreproductives par rapport au but recherché. Ainsi, l'accès aux soins ou à la santé de manière globale ne peut être réduite aux inégalités territoriales, il faut s'interroger également aux inégalités financières.

Par ailleurs, la prise de mesures concernant spécifiquement l'exercice libéral est stigmatisante. On ne peut parler d'exercice libéral qu'avec une liberté réelle des tarifs, du fonctionnement, du mode d'exercice et du lieu. Or aujourd'hui, le monde médical ne dispose pour son exercice libéral que de la liberté du lieu d'installation. Supprimer cette liberté du lieu d'installation revient à supprimer définitivement l'exercice libéral de la médecine. Ce choix d'un salariat voire d'une fonctionnarisation complète de la médecine ne peut être décidé sans vision globale. Et en tout état de cause, il est contraire au choix de la loi HPST qui avait choisi de déléguer le premier recours à l'ambulatoire. Supprimer de facto l'exercice libéral de la médecine telle qu'en serait la conséquence de cette proposition de loi, reviendrait à diminuer de manière drastique le temps médical disponible, et donc à accentuer les effets d'une démographie médicale déjà inquiétante.

De plus, il n'est pas précisé dans ce texte si seraient concernés les étudiants ou internes déjà en cours de cursus ou seulement pour les nouveaux étudiants. Ainsi nous aurions le risque soit d'un rejet massif par les futurs médecins, soit d'une prise en compte de cette proposition de loi seulement dans dix ans.

Une réelle modification de l'organisation de la médecine ambulatoire est nécessaire. Cela doit passer par une véritable concertation et une réflexion beaucoup plus large. Ainsi, la réflexion sur la

formation initiale et continue doit être accentuée. Dans le cadre de la loi HPST ont été mises en place les conseils nationaux professionnels regroupés au sein de la Fédération des Spécialités Médicales pour la formation continue, mais également les Conseils Nationaux des Universités. Le principe de l'augmentation du numerus clausus, également en cours, doit lui aussi être évalué à l'aune de ses modifications. Par ailleurs, la formation initiale doit être profondément modifiée pour tenir compte des nécessités d'amélioration des connaissances, notamment sociologiques, des médecins. Ceci n'est pas abordé dans cette proposition de loi.

Toujours dans le cadre de la formation, la notion d'un stage pratique pendant 12 mois au cours de la troisième année d'internat, c'est-à-dire en permanence pendant cette troisième année d'internat dans des maisons de santé pluridisciplinaires et en établissement hospitalier est totalement utopique puisque dans de nombreuses zones déficitaires, il n'existe pas, par définition, de maisons de santé ni d'établissement hospitalier.

Le retour à un internat interrégional qui fidéliserait théoriquement les internes à une région à leur région mérite d'être débattu mais n'a pas que des avantages. Il serait par exemple possible de laisser une plus grande liberté de lieu de formation aux étudiants les mieux classés (par exemple le choix national pour les 20% les mieux classés, choix interrégional pour les autres). Le texte proposé ne tient pas compte non plus du changement de sociologie des étudiants en médecine et des jeunes médecins et ne propose rien en matière de mixité des modes de rémunération demandé par la majorité d'entre eux. Ce texte ne tient pas non plus compte de la problématique du temps médical, temps médical important mais mal utilisé.

Les articles 5 à 9 qui traitent de la bureaucratisation des professions de santé en ambulatoire ne peuvent être retenus sans une réflexion beaucoup plus large sur les interconnexions entre l'ambulatoire et l'hospitalier, d'une part, et les répartitions interprofessionnelles des compétences d'autre part.

La proposition de loi proposant de garantir un accès aux soins sur l'ensemble du territoire est donc un texte incomplet, insuffisant qui entrainera la suppression de l'exercice libéral de la médecine et réduira de façon drastique le temps médical disponible pour les populations.

Nous aurions préféré retrouver les notions de respect de libération de l'initiative de terrain, d'accompagnement des professions de santé, de développement de l'interprofession et de libération d'une économie micro-ambulatoire de santé. Légiférer de manière brutale et insuffisamment concertée est dangereux. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons la suppression des articles de cette proposition de loi.

N° 3914

AS	26	
----	----	--

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°20 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 10

Suppression de l'article

Exposé des motifs

Suppression de l'article pour une question de cohérence

N° 3914

AS	27	
----	----	--

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°21 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 11

Suppression de l'article

Exposé des motifs

Suppression de l'article pour une question de cohérence

N° 3914

AS	28	
-----------	----	--

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 novembre 2011.

PROPOSITION DE LOI

visant à garantir un **accès aux soins**
égal sur l'ensemble du territoire,

Amendement n°22 présenté par Guy Lefrand, Jean-Pierre Door,

Article 12

Suppression de l'article

Exposé des motifs

Suppression de l'article pour une question de cohérence

Proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire
(n° 3914)

AMENDEMENT

AS	29	
----	----	--

Présenté par

Mme Véronique BESSE

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 2, insérer l'article suivant :

Dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur l'effectivité de cette disposition et sur son efficacité.

EXPOSE SOMMAIRE

Trop peu d'étudiants en médecine choisissent aujourd'hui la filière de la médecine générale. Cette spécialité n'est pas reconnue à sa juste valeur au sein des universités, alors qu'elle devrait être le débouché naturel de nombreux étudiants en médecine. Il appartient à l'Etat de valoriser cette spécialité essentielle pour la santé des Français afin de résorber un déficit qui risque de déboucher sur des déséquilibres régionaux inacceptables.

Le facteur déterminant pour motiver les jeunes à s'installer en médecine générale, c'est de les former sur les lieux futurs d'exercice. A l'heure actuelle, la loi prévoit un stage obligatoire dans le cursus, mais on constate sur le terrain que celle-ci est rarement appliquée.

Il est essentiel que les étudiants puissent se faire une idée concrète et exacte de la qualité de vie que l'on trouve en zone rurale. Pour cela, le stage obligatoire doit être fait de manière effective et le gouvernement doit contrôler la bonne exécution de cette mesure avec l'aide des ARS.

C'est pourquoi cet amendement prévoit la remise d'un rapport au Parlement afin de s'assurer de la bonne exécution de cette mesure. Le rapport contient également une évaluation de l'impact de cette mesure sur l'installation des jeunes médecins.

Proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire

(n° 3914)

AS	30	
----	----	--

AMENDEMENT

Présenté par

Mme Véronique BESSE

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 3, insérer l'article suivant :

Après l'article L.1434-8 du code de la santé publique, il est inséré un article L.1434-8-1 ainsi rédigé :

« Article L.1434-8-1. - Le mécanisme de solidarité faisant participer les médecins en zones surdenses à l'exercice de la médecine dans les zones sous denses, prévu au L.1434-8, est complété par un abaissement de charges sociales pour les médecins au delà de l'âge légal du départ en retraite, dès lors que ceux-ci exercent dans un zone sous dense.

L'application du présent article se fera dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

la perte de recettes
« ~~La perte de recettes~~ pourrait résulter de l'application de la présente loi pour l'État sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

EXPOSE SOMMAIRE

La loi Fillon du 21 août 2003 autorisait, les médecins libéraux ressortissant de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France, à cumuler leur retraite des trois régimes avec une activité libérale sous quelque forme que ce soit, à condition que le revenu net tiré de cette activité soit inférieur au plafond de la SS. En cas de dépassement, la retraite était suspendue.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a libéralisé ce dispositif en supprimant le plafond de ressources autorisées.

Désormais, les médecins retraités (s'ils ont liquidé l'ensemble de leurs pensions de retraite obligatoires et s'ils justifient d'une durée d'assurance suffisante pour obtenir une liquidation à taux plein ou s'ils ont atteint l'âge de 65 ans) peuvent cumuler leur retraite et le revenu d'une activité médicale libérale sans restriction.

Ce déplafonnement du cumul retraite-activité libérale a fait plus que doubler le nombre de médecins utilisant ce dispositif qui est passé, selon la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France, de 1.814 à 4.457 entre le 1^{er} janvier 2009 et le 1^{er} janvier 2011 et concernait, à cette date, 11 % des

retraités.

Cependant, selon le rapport de la Cour des comptes de septembre 2011, cette mesure est sans effet sur la répartition territoriale des médecins, le médecin retraité continuant d'exercer sur place.

En outre, **ce cumul bénéficie très majoritairement à des spécialistes** (61 % des médecins concernés au 1^{er} janvier 2011) **dans des zones sur dotées** (l'Ile-de-France et la région PACA se partagent près de la moitié des effectifs de médecins concernés par ce cumul emploi-retraite au 1^{er} janvier 2011), ce qui ne répond pas au problème des disparités territoriales, voire les aggrave.

C'est pourquoi l'objet de cet amendement est de renforcer le bénéfice du cumul emploi-retraite sur les zones qui en ont le plus besoin.

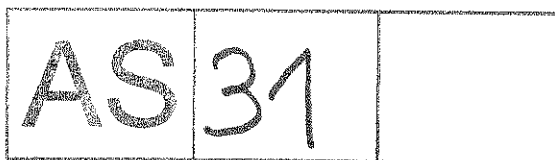
L'article 43 de la loi HPST a en effet prévu un mécanisme de solidarité, le « contrat santé solidarité », faisant participer les médecins en zones sur denses sur le plan médical à l'exercice de la médecine dans les zones sous denses. Dans le cas où les médecins refusent de signer un tel contrat ou s'ils ne respectent pas les termes de leur engagement, ils devront s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale, soit depuis le 1er janvier 2011, 2 946 €. Ce dispositif ne devait s'appliquer que trois ans après l'entrée en vigueur du prochain schéma régional d'organisation des soins, soit au mieux en 2014.

L'amendement prévoit d'ajouter à ce dispositif un abaissement des montant des cotisations sociales pour un médecin généraliste qui accepte de continuer à exercer après avoir atteint l'âge légal du départ en retraite, dès lors que celui-ci exerce dans une zone déficitaire.

Parmi les dépenses du médecin, le poste des charges sociales occupe de loin la première place.

Cette mesure doit permettre de **passer d'un système dissuasif à un système incitatif en encourageant les médecins qui souhaitent continuer à exercer à temps partiel au-delà de l'âge de la retraite à poursuivre leur activité, grâce a une réduction de charges sociales.**

Cette mesure serait limitée aux seules zones déficitaires et serait financée grâce au mécanisme de solidarité prévu par la loi HPST, afin de lutter efficacement contre la désertification médicale.



PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE (N°3914)

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 2, substituer aux mots :

« d'internat, tout étudiant en médecine doit effectuer un stage pratique, pour une durée minimale de 12 mois, au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un établissement hospitalier dans les zones, définies »

les mots :

« du troisième cycle des études médicales, tout étudiant en médecine doit effectuer un stage pratique, d'une durée minimale de 12 mois, au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'un pôle de santé ou d'un établissement de santé situés dans les zones, déterminées ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à élargir la liste des structures susceptibles d'accueillir les étudiants en médecine qui devront désormais, pendant la troisième année du troisième cycle des études médicales, effectuer un stage pratique dans une zone dans laquelle est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

La proposition de loi dispose que ce stage s'effectuera « *au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'un établissement hospitalier* ».

L'amendement procède en premier lieu à quelques précisions rédactionnelles et substitue notamment à la notion d'« établissements hospitaliers » celle, adoptée à l'occasion de la loi dite « HPST », d'« établissements de santé ».

Plus fondamentalement, il convient d'élargir les possibilités d'accueil de ces futurs stagiaires vu le faible nombre de maisons de santé encore installées dans les zones sous dotées. Le rapport de 2009 relatif au bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, présenté par Jean-Marc Juilhard, Bérengère Crochemore, Annick Touba et Guy Vallancien, indique en effet que les 81 maisons de santé recensées se répartissent sur 19 régions, dont 79 % en zones dites « fragiles ». Parmi cette

dernière catégorie, 23 se situent en zones déficitaires, c'est-à-dire sous dotés en médecins généralistes, 32 en zones de revitalisation rurale et 4 en zones urbaines sensibles.

Il est donc opportun, vu les effectifs concernés, de permettre que ce stage s'effectue également dans des pôles de santé, qui regroupent dans un même territoire des professionnels de santé différents, chacun conservant son indépendance et son lieu d'exercice.

**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS AUX
SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE (N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 3

À l'alinéa 4, après le mot :

« région »

ajouter les mots :

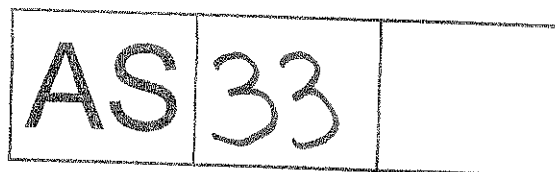
« . Chaque étudiant peut en outre se présenter aux épreuves classantes régionales organisées dans deux autres régions ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à ouvrir, pour les étudiants, une certaine possibilité de choix des épreuves classantes régionales auxquelles ils vont se présenter.

Le texte initial de la proposition de loi disposait que « le troisième cycle des études médicales est ouvert dans chaque région à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales dans la même région ».

Il est proposé d'assouplir le dispositif en permettant que chaque étudiant puisse en outre se présenter aux épreuves classantes régionales organisées dans deux autres régions.



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS AUX
SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE (N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 3

Après l'alinéa 5, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 2° bis À la fin de la première phrase du quatrième alinéa, sont ajoutés les mots « et les conditions dans lesquelles les étudiants admis en troisième cycle peuvent être autorisés à l'effectuer dans une région dans laquelle ils n'ont pas passé l'épreuve classante régionale mentionnée au L-632-2 du code de l'éducation. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans un souci d'efficacité et de réalisme, il est nécessaire de prévoir que, sous certaines conditions, les étudiants en médecine admis en troisième cycle puissent réaliser une partie de leur internat dans une région autre que celle dans laquelle ils ont obtenu leur concours.

En effet, la proposition de loi dispose que le troisième cycle des études médicales est ouvert dans chaque région à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales « dans la même région ». Pour certaines spécialités comme la génétique, cette disposition ne serait pas opérante, car dans certaines régions, il n'y aurait jamais aucun poste.

Le présent amendement vise à remédier à cette difficulté.



PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE (N°3914)

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 4

Au début de la deuxième phrase de l'alinéa 2, substituer au mot :

« Ils »

les mots :

« À partir de 2020, ils ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

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.

Pour tenter de remédier à cette situation, des mesures incitatives, le plus souvent de nature financière, ont été mises en place par l'État et les collectivités locales.

Force est de constater que ces nombreux dispositifs demeurent encore insuffisamment efficaces.

En effet, la multiplicité et la complexité des différents dispositifs d'aides financières relevant d'acteurs différents ne facilitent pas en premier lieu la bonne information des étudiants et jeunes médecins sur les aides à l'installation existantes et les conditions d'exercice en libéral. L'article 118 de la loi dite « HPST », désormais codifié à l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, a certes prévu que les ARS « contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé » mais ce service n'est déployé que depuis juillet 2011.

En second lieu, il apparaît que ces dispositifs exclusivement centrés sur des aides financières ne répondent qu'imparfaitement aux critères déterminants du choix du lieu de l'installation des jeunes professionnels qui sont plus soucieux de la qualité de leur cadre d'exercice et de leur vie familiale que de maximiser leurs revenus personnels.

C'est pourquoi, cet amendement propose qu'à partir de 2020, tout médecin s'installe, à l'issue de sa formation pour une durée minimum de trois ans dans un secteur géographique souffrant d'un nombre insuffisant de médecins pour répondre aux besoins de la population en termes d'accès aux soins.

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 la logique qui prévaut déjà pour un certain nombre de formations.

Cette mesure améliorera réellement l'accès aux soins pour tous et favorisera l'égalité entre les territoires.

L'échéance de 2020 permet de respecter le temps de formation des médecins afin que cette mesure ne concerne pas les étudiants ayant déjà commencé leur formation. Elle permet également de disposer du temps nécessaire pour observer l'efficacité des mesures incitatives. Ce dispositif n'aurait en effet pas vocation à s'appliquer si les mesures incitatives se révélaient suffisamment efficaces.

**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 4

À l'alinéa 3, substituer aux mots :

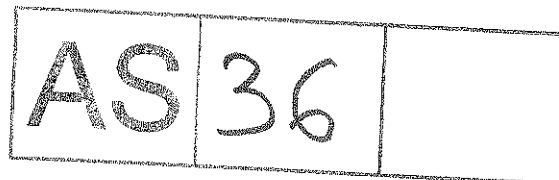
« à ceux mentionnés à l'article L. 4131-1 et à ceux »

les mots :

« aux médecins ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 5

À l'alinéa 2, substituer aux mots :

« à la convention prévue »

les mots :

« aux conventions prévues ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel

AS	37	
----	----	--

**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 5

À l'alinéa 3, substituer aux mots :

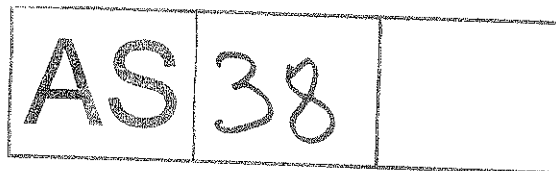
« à la convention précitée »

les mots :

« aux conventions précitées ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 5

À l'alinéa 3, substituer aux mots :

«le département »

les mots :

« les départements ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel

AS	39	
----	----	--

**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 5

À l'alinéa 4, insérer après le mot :

« regroupement »

les mots :

« de cabinets ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel

AS	40	
----	----	--

**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 5

À l'alinéa 5, insérer après le mot :

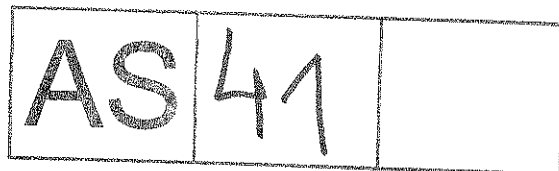
« regroupement »

les mots :

« de cabinets ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 5

À l'alinéa 5, substituer aux mots :

« de la convention mentionnée »

les mots :

« des conventions mentionnées ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel

AS	42	
----	----	--

**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 5

À l'alinéa 6, substituer aux mots :

« de la convention mentionnée »

les mots :

« des conventions mentionnées ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 6

la première phrase de

À l'alinéa 3, substituer aux mots :

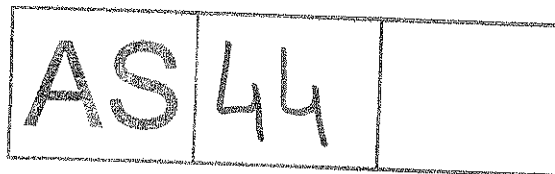
«le département »

les mots :

« les départements ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 6

À l'alinéa 4, insérer après le mot :

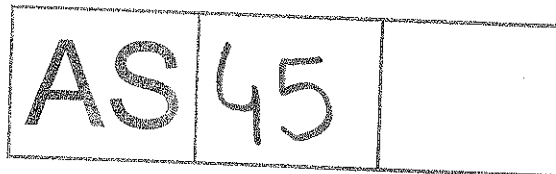
« regroupement »

les mots :

« de cabinets ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 6

À l'alinéa 5, insérer après le mot :

« regroupement »

les mots :

« de cabinets ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 6

À l'alinéa 7, substituer au nombre :

« cinq »

le nombre :

« six ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Correction d'une erreur matérielle



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 7

À l'alinéa 3, substituer aux mots :

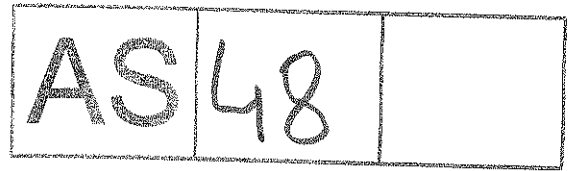
«le département »

les mots :

« les départements ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 7

À l'alinéa 4, insérer après le mot :

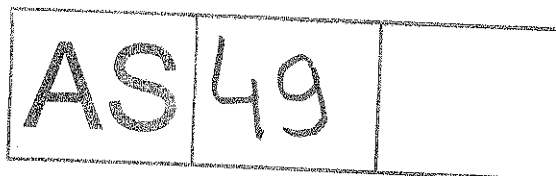
« regroupement »

les mots :

« de cabinets ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 7

À l'alinéa 5, insérer après le mot :

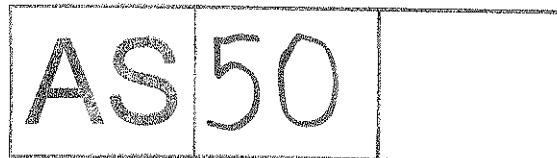
« regroupement »

les mots :

« de cabinets ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 8

À l'alinéa 3, substituer aux mots :

«le département »

les mots :

« les départements ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 8

À l'alinéa 4, insérer après le mot :

« regroupement »

les mots :

« de cabinets ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 8

À l'alinéa 5, insérer après le mot :

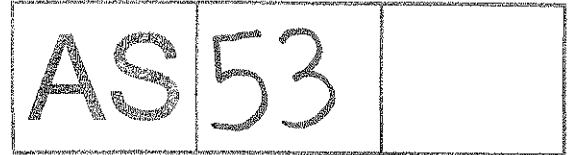
« regroupement »

les mots :

« de cabinets ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 3, substituer aux mots :

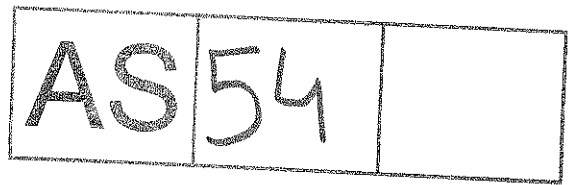
«le département »

les mots :

« les départements ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 4, insérer après le mot :

« regroupement »

les mots :

« de cabinets ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 5, insérer après le mot :

« regroupement »

les mots :

« de cabinets ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 9

Dans la seconde phrase de l'alinéa 6, substituer aux mots :

« de masseurs-kinésithérapeutes concernés »

les mots :

« du masseur-kinésithérapeute concerné ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS
AUX SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
(N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article 11

À l'alinéa 1, substituer aux mots :

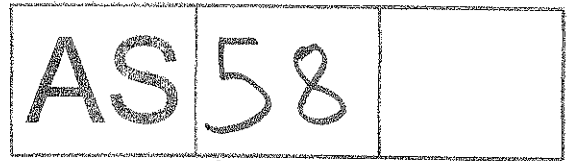
« membres de Parlement »

les mots :

« députés, sénateurs ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS AUX
SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE (N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

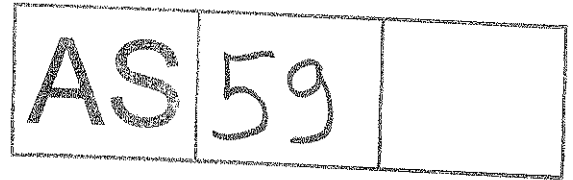
Article 12

Supprimer l'article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Présent dans la quasi-totalité des propositions de loi, cet article prévoit un gage pour les éventuelles dépenses supplémentaires entraînées par la proposition de loi.

Outre que l'article 40 de la Constitution n'autorise pas les gages de charges, une telle disposition n'est pas nécessaire, la présente proposition de loi n'entraînant aucune dépense supplémentaire au-delà de simples charges de gestion.



**PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR UN ACCÈS AUX
SOINS ÉGAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE (N°3914)**

Amendement présenté par M. Philippe Vigier, rapporteur

Article additionnel après l'article 12

Les établissements de santé, les cabinets médicaux, les maisons de santé et les pôles de santé s'engagent à développer la mise en place de la télémédecine telle que définie à l'article L.6316-1 du code de la santé publique.

EXPOSÉ SOMMAIRE

En parallèle des mesures prévues par la présente proposition de loi pour améliorer l'accès de tous aux soins, il est nécessaire de mettre en place un programme de développement de la télémédecine.

En effet la consultation médicale à distance est un moyen d'accès équitable de nos concitoyens à l'offre de soins. Elle doit être développée massivement pour permettre davantage de flexibilité aux patients en donnant accès à des services de santé sans avoir à se déplacer.