

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

103^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du lundi 18 décembre 2017

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

1. Protocole annexe à la convention France-Algérie sur la Sécurité sociale (p. 6765)

DISCUSSION GÉNÉRALE (*suite*) (p. 6765)

M. Christian Hutin
 M. Alexis Corbière
 M. Philippe Gomès
 M. Jean-Paul Lecoq
 Mme Liliana Tanguy
 M. Rodrigue Kokouendo
 M. Jacques Maire

DISCUSSION DES ARTICLES (p. 6771)

Article unique (p. 6771)

EXPLICATIONS DE VOTE (p. 6771)

M. Laurent Furst
 M. Christian Hutin
 M. Philippe Gomès
 M. Jean-Paul Lecoq
 M. Frédéric Petit

VOTE SUR L'ARTICLE UNIQUE (p. 6773)

2. Ratification de l'ordonnance relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé (p. 6773)

PRÉSENTATION (p. 6773)

M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission mixte paritaire
 Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

DISCUSSION GÉNÉRALE (p. 6774)

Mme Ericka Bareigts
 M. Jean-Hugues Ratenon
 Mme Elsa Faucillon
 M. Marc Delatte
 M. Alain Ramadier
 Mme Michèle de Vaucouleurs
 M. Philippe Gomès

VOTE SUR L'ENSEMBLE (p. 6778)

3. Reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé (p. 6778)

PRÉSENTATION (p. 6778)

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé
 Mme Élisabeth Toutut-Picard, rapporteure de la commission des affaires sociales

DISCUSSION GÉNÉRALE (p. 6779)

Mme Ericka Bareigts
 Mme Bénédicte Taurine
 Mme Elsa Faucillon
 Mme Martine Wonner
 M. Alain Ramadier
 M. Cyrille Isaac-Sibille
 M. Philippe Gomès
 Mme Charlotte Lecocq
 Mme Delphine Bagarry

DISCUSSION DES ARTICLES (p. 6787)

Article 2 (p. 6787)

VOTE SUR L'ENSEMBLE (p. 6787)

4. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 6788)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

1

PROTOCOLE ANNEXE À LA CONVENTION FRANCE-ALGÉRIE SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Suite de la discussion, après engagement de la procédure accélérée, d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, après engagement de la procédure accélérée, du projet de loi autorisant l'approbation du protocole annexe à la convention générale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République algérienne démocratique et populaire sur la Sécurité sociale du 1^{er} octobre 1980 relatif aux soins de santé programmés dispensés en France aux ressortissants algériens assurés sociaux et démunis non assurés sociaux résidant en Algérie (n^{os} 13, 414).

DISCUSSION GÉNÉRALE *(suite)*

M. le président. Cet après-midi, l'Assemblée a commencé d'entendre les orateurs inscrits dans la discussion générale.

La parole est à M. Christian Hutin.

M. Christian Hutin. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État auprès du ministre de l'Europe et des affaires étrangères, monsieur le rapporteur de la commission des affaires étrangères, le sujet que nous abordons ce soir peut être considéré comme sensible, mais j'estime pour ma part qu'il fait surtout l'objet d'un certain nombre de fantasmes – M. le rapporteur l'a écrit très clairement dans son rapport. Ces fantasmes nourrissent un certain populisme qui peut trouver un écho électoral. Nous ne pouvons que regretter que ceux qui ont porté les critiques contre cet accord ne soient pas présents ce soir – je tenais à le faire remarquer.

Ce protocole était nécessaire. Le vieil accord datant des années quatre-vingt – en ce temps-là, j'avais vingt ans, dit la chanson ; pour être précis, j'en avais dix-neuf – ne fonctionnait pas.

Un patient résidant en Algérie pouvait bénéficier de soins médicaux en France par trois voies. La première, qui suivait un accord entre la caisse primaire d'assurance maladie et la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs

salariés algériens – CNAS –, ne fonctionnait pas – c'est compréhensible car un accord d'État à État ne peut pas fonctionner. La deuxième, privilégiée par les Algériens pendant des années, prenait la forme de relations contractuelles directes avec des hôpitaux français. Cette voie ne fonctionnait pas non plus de manière efficace dans la mesure où chaque hôpital était contraint de réclamer, légitimement, son dû. Or, il est peu évident, voire impossible, pour le comptable d'un hôpital de se trouver seul face à la CNAS. Enfin, dernière possibilité, on pouvait être soigné à titre individuel, par le biais des urgences – vous l'avez parfaitement rappelé, monsieur le rapporteur –, ce qui posait des problèmes de recouvrement manifestes.

Mais cette troisième possibilité honore la France. J'ai rappelé, lors de la réunion de la commission, les mots du président Sarkozy qui, lors d'un voyage aux États-Unis, en pleine discussion sur l'*Obamacare*, avait affirmé devant les étudiants d'une université à New York que la différence entre la France et d'autres pays tenait à ce que notre pays pouvait accueillir un malade et le soigner immédiatement. La France s'honore de ne pas demander les papiers – vous avez parlé de chèque, monsieur le rapporteur – d'un malade pour le soigner. « Donnez-nous vos papiers, nous vous soignerons » : les choses ne fonctionnent pas ainsi et c'est tout à notre honneur.

Ce texte me permet de faire une digression sur l'aide médicale d'État. Les fantasmes, parlons-en. Dans cet hémicycle, nous avons parlé pendant des années de la dette algérienne. Or, vous l'avez rappelé, monsieur le rapporteur, le système hospitalier français délivre chaque année 90 milliards d'euros de soins.

M. Jean-Baptiste Lemoine, secrétaire d'État auprès du ministre de l'Europe et des affaires étrangères. Exactement.

M. Christian Hutin. À cet égard, je tiens à dire que votre rapport est empreint de lucidité et de raison républicaine, monsieur Fanget. La dette liée à l'accueil des patients étrangers représente près de 119 millions d'euros, dont 31 millions pour l'Algérie. De quoi parlons-nous ? Ces sommes sont vraiment faibles.

M. Laurent Furst. C'est faux !

M. Christian Hutin. C'est la réalité. Le rapporteur a été très clair : sur 90 milliards d'euros d'offre de soins, les créances des étrangers s'élèvent à 119 millions, celles des patients venus d'Algérie à 31 millions. J'ajoute que si, en 2012, la dette de la CNAS vis-à-vis de l'AP-HP – Assistance publique - Hôpitaux de Paris – s'établissait à 16 millions, en 2017, celle-ci est de 4 millions d'euros, soit un soupçon.

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

M. Christian Hutin. Il faut en finir avec ce fantasme populiste.

M. Laurent Furst. Mais non !

M. Christian Hutin. Mon cher collègue, cet accord est un bon accord car c'est le seul accord bilatéral...

M. Laurent Furst. Il ne faut pas m'insulter !

M. le président. Seul l'orateur a la parole.

M. Christian Hutin. Je ne vous insulte pas, je dis « mon cher collègue ».

M. Laurent Furst. « Fantôme populiste », c'est amical, peut-être ?

M. Jean-Paul Lecoq. Cela ne s'adresse pas qu'à vous mais les autres ne sont pas présents !

M. Christian Hutin. Ce n'est pas complètement faux non plus.

Il s'agit du seul accord bilatéral de cette nature, et ce pour des raisons historiques et presque familiales. Pourquoi, monsieur le secrétaire d'État, n'irions-nous pas plus loin ? Pourquoi cet accord – je ne dirai pas parfait mais d'école – ne pourrait-il pas être transposé avec d'autres pays, y compris les États-Unis, l'Arabie Saoudite, le Koweït, l'Espagne ? Ce serait assez logique et assez sain.

Autre point très sain, le dispositif d'entente préalable, selon l'expression utilisée en médecine et désignée dans l'accord sous celle d'« autorisation préalable ». C'est une excellente chose que de se mettre d'accord en amont.

En outre, l'accord garantit une possibilité de soins aux plus démunis et jusqu'aux plus aisés.

Ensuite, il prévoit une garantie mutuelle puisque les soins sont programmés.

Autre élément important, le correspondant des patients sera désormais la caisse primaire d'assurance maladie, en lieu et place du comptable de l'hôpital qui a autre chose à faire.

Enfin, la CNAS devra rembourser les frais dans un délai de trois mois et verser des avances correspondant à 35 % des créances soldées au titre de l'exercice précédent – ce n'est pas rien !

Cet accord respecte la République, la déontologie médicale, et l'universalisme que doit défendre la République française ; il respecte les hommes.

En conclusion, pour être *in the mood*, en phase avec le nouveau monde, cet accord n'est pas *open bar* mais il n'y aura pas de *testing* pour se faire soigner en France.

M. Jean-Paul Lecoq, *Speak french, please !*

M. le président. Essayons, mes chers collègues d'utiliser la langue française qui est suffisamment riche.

M. Christian Hutin. Je ne fais qu'adopter les usages de la Macronie.

M. Jean-Baptiste Lemoyne, *secrétaire d'État.* Non, Macronie rime avec francophonie !

M. le président. La parole est à M. Alexis Corbière.

M. Alexis Corbière. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, beaucoup de choses ont déjà été dites à propos de ce projet de loi si important, ce protocole annexe à la convention générale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République algérienne relatif aux soins de santé programmés dispensés en France aux ressortissants algériens.

Je dois me féliciter, peut-être m'étonner, de la convergence de vue avec les précédents orateurs à cette tribune. Le groupe La France insoumise votera en faveur de ce projet de loi car il

nous semble solder certes des petites difficultés et aller dans le bon sens ; il est raisonnable et il fait ce qui doit être fait ; il participe selon nous de la réfutation d'arguments qui ont été avancés ici et qui relèvent d'une réalité fantasmée. Les tenants de cette vision voudraient nous faire croire que des patients algériens arriveraient, avec une dangereuse facilité, dans nos hôpitaux pour se faire soigner aux frais du contribuable français.

Nous connaissons aujourd'hui les sites qui relaient ces arguments, les répètent inlassablement et qui parfois trouvent l'oreille de certains de nos concitoyens. Non, il est faux de dire que des patients algériens viennent aux frais du contribuable français se faire soigner en France. Mais, il est exact que le mauvais calibrage de la convention précédente et les accords noués directement par la CNAS avec des établissements publics ont engendré un solde négatif. Il est bon que de précédents orateurs aient rappelé que ce solde doit être mis en rapport avec l'ensemble des dépenses dues par d'autres pays – sur les 118 millions d'euros de dette des patients étrangers, les Algériens représentent 30 millions d'euros. Ces sommes doivent également être corrélées avec l'ensemble des dépenses en matière de soins, ce qui les relativise. Cette prétendue dette ne remet pas en cause notre système de soins.

D'autres l'ont dit à cette tribune, si notre système de soins est perfectible, il est mensonger et politiquement redoutable de faire croire que nos établissements publics de santé seraient mis en danger par le fait de soigner des ressortissants étrangers, et particulièrement algériens.

Nous nous félicitons du fait qu'une méthode – nous verrons si, à l'usage, elle donne satisfaction – règle les problèmes et permette d'assainir la situation.

Je veux insister sur un point – les relations entre la France et l'Algérie – peut-être parce que cette tribune permet, malgré l'heure tardive, d'être entendu par nos concitoyens.

L'Algérie n'est pas n'importe quel pays avec lequel nous avons des relations bilatérales, bien entendu. Nous sommes tous universalistes, attachés à nouer des relations avec l'ensemble des pays du monde, mais tout de même, nous parlons d'un pays avec lequel nous avons entretenu pendant cent trente ans des relations très particulières – ce qui a conduit certains à dire à cette tribune : « l'Algérie, c'est la France » ; avec le recul, on peut juger la parole malheureuse, mais, à cette époque, cette phrase résonnait dans la conscience de nombre de nos concitoyens.

Je tiens à rappeler que 2,5 millions de Français sont nés en Algérie ou ont un parent ou un grand-parent né en Algérie. Cela signifie concrètement que des Français, lorsque leur mère ou leur grand-mère vivant en Algérie est malade, trouvent logique de lui faire bénéficier de la qualité des soins de nos établissements. Il y a là quelque chose de normal. Nos relations nous obligent à poser un regard particulier sur ce sujet.

Pas moins de 740 000 personnes résidant en France sont nées en Algérie. Nous avons donc un lien très fort, particulier, qu'il faut souligner et entretenir.

La reconnaissance de la qualité de notre système de soins, dont témoigne le nombre de patients étrangers désireux d'y accéder, doit flatter l'orgueil de nos concitoyens mais nous parlons ici des patients venus d'un pays en particulier.

Je n'en ferai pas la liste, compte tenu de l'heure tardive, mais combien d'intellectuels, de sportifs, de grands écrivains sont nés en Algérie ? Nous y insistons, car cette réalité justifie que nous adoptions une approche particulière, sensible,

humaine, parce que nous sommes conscients de notre histoire. Au reste, il ne s'agit pas seulement de solder le passé, car nous parlons d'une réalité vivante. Si nombre d'entre nous ont des ancêtres enterrés en Algérie, combien ont un lien vivant avec ce pays ?

Autant de raisons justifiant que, sur ce dossier, nous ne nous laissons pas submerger par des raisons comptables, même si, à cet égard, nous ne manquons pas d'arguments, que je crois inutile de répéter. En réalité, cet aspect du dossier n'était pas si dangereux qu'il ait pu mettre en difficulté notre système de soins. Il faut au contraire mettre à plat un protocole qui permettra de stabiliser les relations avec le gouvernement et les ressortissants, afin de redonner chair au lien douloureux mais intime qui nous unit à l'Algérie, ce pays frère.

Un de nos collègues a suggéré que l'on pourrait profiter de l'adoption de ce protocole d'accord pour étendre les dispositions qu'il contient à d'autres États. Pourquoi pas ? Le souvenir si fort qui nous unit à l'Algérie nous lie aussi à d'autres pays, particulièrement du Maghreb. Quoi qu'il en soit, je le répète : malgré nombre de points qui pourraient être améliorés, la solution qui nous est présentée nous semble raisonnable. Elle doit être votée.

Je profite enfin de la discussion pour dire combien le *french bashing*, auquel on cède si souvent, notamment pour prendre à partie notre service public et notre système de santé, est peu pertinent. Les résultats de notre système de soins, classé à la première place en 2000 par l'Organisation mondiale de la santé, ce dont nous devons être fiers, sont tels que certains citoyens du monde, atteints de maladies particulières, moins bien soignées dans leur pays qu'en France, viennent dans nos hôpitaux pour recevoir des soins.

Voilà qui est humain et qui porte haut la dimension universaliste de la France. Nous pouvons être fiers d'être français quand nous mettons en place ce type de protocole. C'est une manière de dire à tous les peuples du monde : nous sommes des peuples frères et la République, ouverte, universelle, veille sur l'ensemble des êtres humains, même s'ils n'ont pas la nationalité française.

C'est pourquoi nous voterons le projet de loi. (*Applaudissements sur les bancs du groupe FI.*)

Mme Elsa Faucillon. Bravo !

M. Jacques Maire. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Philippe Gomès.

M. Philippe Gomès. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, nous entretenons une relation privilégiée avec nos homologues algériens, laquelle s'est notamment traduite par la mise en œuvre de nombreux accords bilatéraux touchant à un large spectre de thématiques. Parce que la santé des citoyens se situe au cœur des préoccupations d'un État et qu'un nombre important de ressortissants algériens cherche à bénéficier de la qualité des soins dispensés par nos hôpitaux, les coopérations en la matière entre nos deux pays doivent appeler toute notre attention.

Par le passé, des mécanismes ont d'ores et déjà été mis en place dans le cadre de la convention de 1980, qui affirme le principe de l'égalité de traitement des ressortissants des deux États au regard de la législation de sécurité sociale de chacun.

Favorisé dans sa mise en place par des systèmes de santé relativement symétriques, ce dispositif est le premier du genre à s'établir avec un pays tiers de l'Union européenne et témoigne, de fait, de la relation particulière qui unit la France et l'Algérie.

Aujourd'hui, les dispositifs introduits par la convention de 1980 ne sont pas assez efficaces. Pour pallier ces lacunes, les conventions établies directement entre la Caisse nationale de sécurité algérienne et les hôpitaux se sont substituées à l'instrument bilatéral initialement prévu. Là encore, ce système est loin de satisfaire les deux parties.

Les hôpitaux français, déjà en proie à un déficit public important, observent un retard régulier des paiements à la charge des ressortissants algériens et de leur caisse sociale. L'exemple de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, qui cristallise à elle seule la majeure partie des problèmes d'impayés recensés en France, est particulièrement ubuesque. Le rapport préalable à l'examen de ce projet de loi indique que le montant des créances à recouvrer sur des patients étrangers s'élevait à 118,6 millions d'euros en 2014. Parmi celles-ci, les Algériens possédaient à eux seuls une dette de 31 millions d'euros. Cette situation a contraint l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris à prendre des mesures pour éviter une multiplication des contentieux financiers, en demandant aux patients algériens un paiement systématique d'une avance sur devis.

Quand bien même plusieurs versements de la partie algérienne ont permis de recouvrer une grande partie des créances, la nécessité d'une rénovation des mécanismes existants semble évidente. Nous devons également introduire de nouveaux dispositifs pour permettre la mise en place de procédures d'admission adaptées, dans un cadre législatif clarifié, garant d'un équilibre financier pour les établissements français.

Le groupe UDI, Agir et indépendants se prononce donc en faveur de la ratification du présent protocole, qui vise à établir le cadre administratif unifié permettant de sortir des relations contractuelles qui s'étaient établies entre les établissements français et la caisse sociale algérienne, et de rendre parallèlement caduques les certificats d'hébergement qui permettaient jusqu'ici aux ressortissants algériens de bénéficier des services français.

Le protocole prévoit également une extension salutaire de son champ d'application en incluant les assurés sociaux mais aussi les démunis non assurés sociaux. La vocation quasi universelle de ce protocole permettra donc de résoudre les cas d'imprévu, ou dit « inopinés », dans lesquels la déontologie médicale invitait les médecins français à traiter les patients quand bien même le recouvrement des frais s'avérerait difficile. De son côté, l'Algérie a développé sur fonds budgétaire des mécanismes à destination de ses démunis, pour apporter des éléments de réponse à ces cas particuliers.

L'annexe à la convention prévoit une rénovation du partenariat en introduisant un dispositif rigoureux d'autorisation préalable des soins programmés prévus pour les patients algériens, assorti d'une clarification des moyens de paiement par la sécurité sociale algérienne. Le protocole entend ainsi assurer une meilleure organisation du traitement des facturations et une baisse des litiges financiers associés.

Qui plus est, le protocole est accompagné de dispositions institutionnelles pertinentes comme le renforcement de la commission mixte qui, déjà prévue dans le cadre de la convention de 1980, assurera la cohésion du système en

disposant d'un droit de regard sur les avances annuelles versées par la partie algérienne et permettra de régler les différends qui pourraient subvenir.

En outre, notons que la mise en place du présent texte a été conditionnée par le recouvrement des dettes passées, ce qui démontre la bonne volonté de notre partenaire algérien de renforcer les dispositifs déjà existants et de bâtir un partenariat équilibré et durable.

Néanmoins, nous pensons que ce traité comporte encore de nombreuses zones d'ombre. En vérité, sa philosophie s'inscrit dans le phénomène nouveau et grandissant du tourisme médical. Ce phénomène peut être lu comme la conséquence directe d'un monde globalisé et le fait d'une classe moyenne issue de pays émergents toujours plus importante et désireuse d'accéder aux meilleurs soins possibles.

Le cas algérien est loin d'être isolé, les Marocains et les Américains contractant également des dettes importantes auprès de nos hôpitaux. La France, forte d'un système médical reconnu, est en effet une destination de choix pour de nombreux étrangers qui souhaitent bénéficier, à des tarifs relativement compétitifs, de la qualité des soins que nous dispensons. La question qui se pose est donc la suivante : doit-on généraliser ce système au-delà du seul cas algérien ?

Nous n'ouvrirons pas aujourd'hui ce débat, quand bien même il semble à première vue difficile de trouver une solution globale adaptée à des recouvrements dont la majeure partie s'effectue auprès d'assurances privées.

Toutefois, si cet usage était appelé à se généraliser, il convient de tout faire pour éviter l'avènement d'un système médical à deux vitesses, susceptible de pénaliser nos concitoyens vis-à-vis d'étrangers plus ou moins fortunés. Par ailleurs, la ratification de ce traité, si elle permet à de nombreux ressortissants algériens de bénéficier de la qualité des traitements dispensés par nos hôpitaux, ne doit pas se faire au détriment de l'intérêt que le gouvernement algérien porte à l'amélioration de ses propres structures médicales nationales, qui ont vocation à terme à répondre aux besoins des patients algériens.

Sur un tout autre sujet, eu égard aux difficultés économiques conjoncturelles que rencontre actuellement l'Algérie, compte tenu notamment de la chute des prix du pétrole et de l'importance de son déficit public, des mécanismes de contrôle doivent être prévus pour assurer que notre partenaire respecte ses engagements sur le long terme. Le Comité intergouvernemental de haut niveau, mis en place en 2012, peut constituer le cadre de discussion privilégié pour mener des débats plus poussés sur le sujet.

Les mesures prévues dans le cadre de ce traité méritent également d'être accompagnées dans leur mise en œuvre d'un travail important d'information à destination de la population algérienne susceptible de bénéficier de ce dispositif. De l'autre côté de la Méditerranée, des précisions méritent d'être apportées sur l'impact de ce protocole sur le budget de la Sécurité sociale comme sur le fonctionnement de nos établissements français.

Aussi, si le protocole annexe à la convention de 1980 nous semble incomplet et appelle à un débat plus approfondi sur de nombreux sujets, le groupe UDI, Agir et indépendants appelle de ses vœux la ratification de ce traité qui, s'il ne règle pas tout, contribue à apporter les mécanismes correctifs nécessaires qui permettront d'accueillir et de soigner, dans

les meilleures conditions possibles, des patients algériens, tout en garantissant aux hôpitaux français une gestion financière et administrative simplifiée et plus rigoureuse.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq.

M. Jean-Paul Lecoq. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, chers collègues, on pourrait penser que tout a été dit sur ce traité, ainsi que sur les relations entre les patients algériens et les hôpitaux français.

Je tiens tout d'abord à féliciter pour son travail la commission des affaires étrangères et particulièrement son rapporteur qui, au cœur du mois de juillet, a adopté l'idée d'une lecture plus sereine de cet accord après de premières discussions qui portaient en tous sens – ce qui a permis d'établir un rapport poussé et de mener sur le sujet des auditions pertinentes.

Monsieur le rapporteur, je profite de l'occasion pour redire que j'apporte tout mon soutien à votre demande de proposer à l'Inspection générale des affaires sociales de mener une étude approfondie, fournie, sur ce phénomène de tourisme médical et de règlement des soins par des accords bilatéraux. Rappelons-le : seize pays, dont l'Algérie, les États-Unis ou l'Espagne, sont aujourd'hui concernés par les dettes envers l'AP-HP liées à des étrangers non-résidents.

J'espère que votre rapport fera date et permettra de réfléchir pour avancer sur ce sujet. À l'heure où l'hôpital en est réduit à faire les fonds de tiroir, il est peut-être intéressant de travailler de ce côté-là. Ce seront peut-être quelques postes d'infirmière ou d'aide-soignant qui seront maintenus.

Je soutiens aussi la proposition de transmettre ce rapport au ministère, pour que cette problématique soit prise en compte au plus haut niveau. Ce nouveau rapport, étoffé par de nouvelles auditions, est complet. Il permet de bien comprendre la situation. Liées depuis 1980 par un accord ayant créé entre elles de nombreux contentieux de paiement et étant devenu inadapté pour les patients algériens, la France et l'Algérie ont décidé qu'il était nécessaire de repartir sur bonnes bases.

Négocié depuis 2009, ce protocole de dix-sept articles a été signé à Alger en 2016. Son but est de clarifier la prise en charge par la sécurité sociale algérienne des soins aux patients algériens dispensés dans les hôpitaux français. Cet accord concerne le plus possible de citoyens algériens, afin de faire de ce parcours de soins le plus simple et le mieux balisé, et de limiter ainsi le nombre d'Algériens qui viendraient se faire soigner en dehors de ce cadre et coûteraient donc plus cher aux hôpitaux français.

À l'intérieur de ce chemin, tout sera clair financièrement entre les deux États, ce qui marque un progrès par rapport à l'accord précédent. Ce texte est la plus belle contradiction à ceux qui fantasment sur l'invasion de ressortissants algériens qui viendraient, aux frais du contribuable français, se faire soigner dans nos hôpitaux. Il recueille un consensus parmi les parlementaires, à l'exclusion de l'extrême-droite, tant sur son objectif que sur la manière dont la commission a retravaillé le sujet.

Je pourrais m'en tenir à l'analyse du texte, mais en parlant de la santé, de la Sécurité sociale, de l'Algérie, d'Alger, il me vient immédiatement à l'esprit que c'est en sortant du bain d'Alger qu'un de nos collègues, Ambroise Croizat, député de 1936 à 1940, a été l'homme qui a œuvré pour créer la Sécurité sociale.

M. Christian Hutin. Exactement !

M. Jean-Paul Lecoq. Sans son action, nous ne serions pas ici pour parler de la convention entre la France et l'Algérie. Ambroise Croizat a œuvré de manière acharnée pour créer la Sécurité sociale. Vous ne pouvez pas reprocher à un communiste d'évoquer cet illustre personnage !

M. Christian Hutin. Un ministre du général de Gaulle !

M. Jean-Paul Lecoq. Absolument ! Il est d'ailleurs toujours bon de faire un peu d'histoire, dans cet hémicycle. Il faut donc se remémorer que le dessein d'Ambroise Croizat est exprimé par le programme du Conseil national de la Résistance, en 1944 : « Nous, combattants de l'ombre, exigeons la mise en place d'un plan complet de Sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion par les intéressés et l'État. » Au poste de ministre du travail, en deux ans seulement, il a rétabli les libertés syndicales et institué la généralisation des retraites, un système de prestations familiales unique au monde, les comités d'entreprise, le statut de délégué du personnel, la médecine du travail et la majoration des heures supplémentaires, pour ne s'en tenir qu'à ces mesures.

C'est à lui que nous devons cet humanisme, au nom duquel n'importe qui peut aujourd'hui être soigné sans se préoccuper de savoir qui paiera et quand le paiement sera effectif. N'oublions pas que, dans d'autres pays, il faut donner sa carte de crédit avant même d'être accepté aux urgences d'un hôpital. Notre système de soins repose sur les valeurs de partage portées par ce militant de la Confédération générale du travail, qui disait : « Jamais nous ne tolérerons que soit rogné un seul des avantages de la Sécurité sociale. Nous défendrons à en mourir et avec la dernière énergie cette loi humaine et de progrès. » La CGT fut d'ailleurs la cheville ouvrière de la mise en place concrète sur l'ensemble du territoire national de la « Sécu ». L'œuvre fut complexe et difficile, mais le résultat porte ses fruits depuis soixante-dix ans. Artiste de la plus respectable des politiques, Ambroise Croizat a mis tout son art au service de l'intérêt des gens, et a été reconnu comme tel par le peuple français.

M. Christian Hutin. C'est vrai !

M. Jean-Paul Lecoq. Près d'un million de personnes accompagnèrent sa dépouille en 1950 depuis la Maison des syndicats jusqu'au cimetière du Père-Lachaise. Alors oui, c'est aussi un peu grâce à Ambroise Croizat que cette convention existe. Son humanisme permet à chacun de venir en France pour y être soigné. Beaucoup de citoyens d'Europe et d'ailleurs franchissent nos frontières pour y être pris en charge par nos équipes soignantes, reconnues pour leur très grande qualité.

Nous sommes donc loin des discours abjects que j'ai pu lire, selon lesquels ce protocole permettra aux Algériens de venir plus nombreux se faire soigner en France. C'est faux, et, je tenais à le dire ici, seule la plus misérable des idéologies est capable de tant de mensonges. Le groupe GDR votera donc pour ce projet de loi. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et NG.*)

M. Frédéric Petit. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Liliana Tanguy.

Mme Liliana Tanguy. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, monsieur le vice-président de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, comme nous venons de l'entendre, la commission de sécurité sociale bilatérale entre l'Algérie et la France, datant de 1980, est devenue largement inopérante du fait du nombre restreint

de ses bénéficiaires potentiels. La Sécurité sociale algérienne, la CNAS, a progressivement développé des relations contractuelles directes avec des hôpitaux français, remplaçant de fait le dispositif conventionnel en place. Or, la situation actuelle est insatisfaisante, comme cela a été dit tout au long de la discussion générale, car le recouvrement des créances correspondant aux soins prodigués est non seulement long mais n'aboutit pas toujours. Il en résulte une accumulation assez conséquente de difficultés administratives et financières en termes de recouvrement et de litiges sur le montant des factures. Le protocole annexe à la convention sur la Sécurité sociale, dont l'approbation est proposée ce jour à l'Assemblée nationale, a donc pour objet d'établir un cadre administratif unifié et fiable pour l'organisation et la prise en charge des soins prodigués en France à des ressortissants algériens résidant en Algérie. Il vise aussi à sécuriser la facturation et le recouvrement des frais médicaux afin de limiter les créances algériennes, comme cela a été dit.

Les mesures correctives contenues dans l'accord se concentrent sur quatre axes principaux. Le premier concerne le champ d'application du texte. Le présent protocole prévoit en effet un champ de bénéficiaires potentiels plus large que celui de la convention de 1980 et, comme l'ont affirmé le secrétaire d'État et le rapporteur, il couvre, au sein de la population algérienne, les assurés sociaux, leurs ayants droit, mais aussi les personnes dites « démunies », non assurées sociales. Cette nouvelle définition est donc de nature à faire bénéficier du protocole pratiquement tous les ressortissants algériens, dans la mesure où les soins dispensés ne peuvent l'être en Algérie.

Le deuxième principe que je voudrais souligner ici concerne le droit des patients. Le texte garantit aux patients algériens la possibilité de se voir appliquer la réglementation française en matière de santé publique et de droits des patients. Ces droits comprennent notamment celui à une information complète sur les traitements prodigués, l'accès au dossier médical ou encore l'obligation de recueil du consentement éclairé. Certaines de ces dispositions ont d'ailleurs déjà été traduites dans les faits. Ainsi, en 2017, la Sécurité sociale algérienne a instauré un serveur sécurisé permettant l'échange de rapports médicaux dans le respect du secret médical.

Troisième principe : le protocole met en place un dispositif de devis et d'autorisation préalable des soins programmés. Cela passe concrètement par l'établissement, avant le départ du patient, d'un devis sur la base d'un tarif journalier forfaitaire, tout comme l'obligation imposée au patient d'avoir obtenu de la Sécurité sociale algérienne une attestation de droit aux soins programmés.

Quatrième principe : la mise en place d'un dispositif centralisé de liquidation et de recouvrement des frais. Afin de sécuriser la facturation et le recouvrement des frais médicaux, le texte prévoit en effet la mise en place d'un circuit centralisé de financement des prestations délivrées. Ce sont les caisses primaires d'assurance maladie françaises qui constitueront désormais le correspondant financier des hôpitaux pour les patients, mais également pour la Sécurité sociale algérienne locale.

Afin d'éviter, ou du moins de limiter le décalage de trésorerie, la Sécurité sociale algérienne devra également verser au Centre national des soins à l'étranger, pour chaque exercice, des avances égales à 35 % du montant des créances soldées au titre de l'exercice précédent. Enfin, les remboursements par la Sécurité sociale algérienne seront encadrés temporellement : ils devront être effectués dans un délai de trois mois, sur la base de décomptes globaux semestriels.

Ces quatre axes forment un dispositif unique. En dehors de la coordination européenne de Sécurité sociale, la France n'a signé aucune autre convention bilatérale avec un État tiers prévoyant la possibilité de soins programmés.

Le groupe La République en marche votera en faveur de la ratification de ce protocole, qui permettra aux citoyens algériens de bénéficier de soins programmés en France, tout en évitant les contentieux et impayés du passé. Il est en ce sens, dans l'esprit du service public hospitalier français, l'expression d'une politique volontariste d'ouverture aux patients étrangers. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM.*)

M. le président. La parole est à M. Rodrigue Kokouendo.

M. Rodrigue Kokouendo. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, monsieur le vice-président de la commission, monsieur le rapporteur, chers collègues, les interventions d'Isabelle Rauch et de Liliana Tanguy ont montré combien il était important, d'un point de vue financier comme diplomatique, de régler dans les meilleurs délais le contentieux issu de l'application du protocole de 1980 et de mettre de l'ordre dans nos relations. Les accords entre la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés d'Algérie et les établissements hospitaliers français étaient louables sous de multiples aspects; ils répondaient, notamment, à une logique d'efficacité. Mais une application mal encadrée est invariablement source de difficultés à moyen ou à long terme. Nous critiquons souvent, parfois à juste titre, le « trop administré », mais nous constatons aussi, comme aujourd'hui, que l'absence de cadre légal, notamment dans les relations internationales, est source de complications, puis de conflits, enfin de situations de blocage.

Dans ce cadre, même si le présent protocole ne règle pas l'ensemble des blocages, il permet d'aborder l'avenir sereinement. Ce protocole, dont l'approbation est soumise à l'Assemblée nationale, a précisément pour objet d'encadrer légalement, dans une perspective de long terme, les conditions administratives et financières de l'accueil programmé des patients algériens dans les établissements hospitaliers français. Le modèle social français est parfois considéré comme trop « assistant » et jugé financièrement très lourd pour la collectivité. Pourtant, il nous a permis de développer l'un des meilleurs systèmes de soins au monde;...

M. Jean-Paul Lecoq. Exactement! Et grâce à qui?

M. Rodrigue Kokouendo. ...de fait, l'excellence de l'offre médicale en France est reconnue internationalement.

À cet égard, l'accord franco-algérien offre des perspectives au regard de nos relations avec d'autres pays partenaires extra-européens. En effet, cette convention constitue un cadre qui pourra être décliné à l'avenir et donner lieu à des conventions avec d'autres pays tiers, dans la mesure où l'existence d'impayés dépasse le seul cas algérien. Selon les statistiques de l'AP-HP, au 31 août 2017, les dettes des particuliers et des organismes marocains s'élevaient à plus de 11 millions d'euros, et celles des États-Unis, à près de 6 millions d'euros. Les pays du Moyen-Orient sont également concernés: on compte 1,7 million d'euros de dettes pour l'Arabie Saoudite, 3,8 millions pour le Koweït et 1,9 million pour la Libye. Nous ne pouvons dès lors pas ignorer l'impact économique de ces situations, qui sont liées, notamment, au développement de ce que l'on qualifie aujourd'hui de « tourisme médical » et qui, si l'on veut bien ne pas s'arrêter à l'aspect touristique, doit être pris en considération. De fait, la mobilité internationale des patients n'a eu de cesse de se développer au cours des dernières années. L'accueil des patients étrangers par les systèmes de

santé les plus attractifs représentait déjà un marché mondial d'environ 60 milliards d'euros dans le monde en 2015. De nombreux pays ont fait le choix d'investir dans ce type de tourisme, à l'instar de l'Allemagne, qui est aujourd'hui le pays qui accueille le plus de patients étrangers en Europe. La France, elle, peine pour l'instant à se positionner sur ce créneau.

L'accueil des patients étrangers comporte des avantages non négligeables pour notre économie. En 2014, un rapport réalisé à la demande du Gouvernement par Jean de Kervasdoué, économiste de la santé et ancien directeur des hôpitaux, a montré qu'une politique volontariste de la France en matière de tourisme médical pourrait laisser espérer un chiffre d'affaires annuel supplémentaire de l'ordre de 2 milliards d'euros grâce, notamment, à l'accueil de patients étrangers pour des soins programmés.

L'accueil de ces patients présente toutefois un certain risque financier pour nos hôpitaux. Comme l'ont rappelé nos collègues, les impayés laissés par le régime social algérien sont lourds de conséquences pour l'AP-HP, et c'est bien ce qui nous conduit aujourd'hui à examiner le présent projet de loi. Il est indispensable de créer un environnement favorable à l'homogénéisation et à la sécurisation de la gestion financière des patients étrangers. L'adoption du projet de loi autorisant l'approbation du protocole annexe à la convention générale entre la France et l'Algérie s'inscrit pleinement dans cette perspective.

À la suite du protocole d'accord conclu, il y a déjà trente-sept ans, entre la France et un partenaire avec lequel elle a toujours souhaité maintenir des relations amicales, voire fraternelles, les efforts des services sociaux et diplomatiques de nos deux pays ont abouti à ce projet de loi qui nous est soumis pour ratification. J'espère, chers collègues, pour les différentes raisons exposées, qu'il fera l'objet d'un large consensus. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM.*)

M. le président. Sur l'article unique du projet de loi, je suis saisi par le groupe Nouvelle Gauche d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Jacques Maire.

M. Jacques Maire. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, monsieur le rapporteur, chers collègues, je souscris aux propos de M. Corbière: un lien très important, de nature affective, nous unit à l'Algérie. De ce fait, tout accord – aussi technique soit-il – avec ce grand pays ami, ce pays partenaire, prend une dimension politique, symbolique. Soyez sûrs que toute déclaration publique ici sur nos bancs est reçue à Alger, à Oran, à Annaba et ailleurs.

L'importance décisive de ce partenaire n'est pas uniquement liée à l'histoire. Les flux d'échanges humains entre nos deux pays sont sans comparaison: 600 000 Algériens sont titulaires d'un titre de séjour en France, 50 000 de nos compatriotes résident en Algérie et 400 000 visas pour la France sont accordés chaque année à des Algériens. Si cela vous paraît important, c'est peu par rapport à l'époque où j'étais conseiller politique à l'ambassade de France à Alger; les chiffres étaient alors deux fois plus élevés.

Ce lien, il faut non seulement le maintenir et le développer, mais aussi le gérer, car il nous engage pour le moyen, le long et le très long termes. D'importantes questions se posent en matière culturelle, humaine et sociale. Elles demandent toutes un travail d'organisation; nous le faisons. Pour les collègues qui n'ont pas la chance de siéger au sein de la

commission des affaires étrangères, je rappelle que nous avons ratifié l'été dernier deux conventions avec l'Algérie, sur la formation professionnelle et sur la coopération en matière pénale.

Le protocole que nous examinons aujourd'hui, et sur lequel j'ai eu le plaisir de travailler avec notre rapporteur au cours des différentes auditions menées, offre une nouvelle illustration de ce travail. Le texte prévoit un accord *ab initio* pour chaque patient envoyé en France avec une autorisation des autorités françaises hospitalières et de sécurité sociale, la mise en place d'un préfinancement et d'un remboursement *in fine*.

Si les patients concernés ne sont pas très nombreux, les pathologies sont lourdes et extrêmement coûteuses. Il s'agit de cancers, d'affections hématologiques ou neurologiques. Il est donc très important de sécuriser ce flux, qui donnait lieu jusqu'à maintenant à des retards et à des difficultés.

Comme l'a dit notre rapporteur, cet accord offre un cadre administratif mieux contrôlé et plus sûr financièrement. Les dispositions du protocole sont donc incontestables.

Je ne parlerai pas de l'aide médicale d'État, d'autres orateurs l'ont fait. Ce protocole ne s'applique pas à l'AME, ni même aux personnes qui s'adressent directement aux urgences. Je confirme qu'il ne vise ni à augmenter le nombre d'Algériens qui viendraient en France se faire soigner, ni à les soigner aux frais du contribuable français. Il s'agit au contraire d'encourager la mise en place d'une chaîne de soins internationale performante et permettant de traiter les pathologies spécifiques qui ne peuvent être traitées dans les hôpitaux algériens.

À cet égard, je regrette l'absence d'outil financier d'intervention français pour mettre à niveau les hôpitaux algériens pour certaines pathologies. Vous le savez peut-être : parce que l'Algérie ne veut pas s'endetter, ce qui est un bien, elle refuse l'intervention de l'Agence française de développement depuis 2004 ; nous sommes par conséquent « sans bras » sur ces questions d'équipements.

Avant de conclure, je voudrais évoquer la question du marché des soins à l'international. Selon une note de France Stratégie, le nombre de patients solvables se rendant à l'étranger pour recevoir des soins est passé de 7,5 millions en 2007 à 16 millions en 2012 ; pendant ce temps, nous regardions passer les trains. Ces patients ne posent pas de problème s'agissant du paiement des honoraires. On a eu l'occasion de dire que la France jouissait d'une réputation excellente ; elle était classée numéro un par l'Organisation mondiale de la santé – l'OMS – voilà quelques années. Sous le précédent gouvernement, M. de Kervasdoué avait rendu un rapport pour impulser une réelle dynamique sur le long terme en matière d'exportation de services.

À ce sujet, je vous ferai part d'une satisfaction et d'un regret. La satisfaction, c'est de constater que quand nous nous organisons, nous parvenons à des résultats : la filiale commerciale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, AP-HP International, a par exemple réussi son décollage en quelques semestres ; elle est aujourd'hui performante sur ce marché. Le regret, c'est que nous n'avons pratiquement pas progressé en termes d'accueil. C'est sans doute lié à un certain conservatisme. Cette évolution est considérée avec beaucoup de prudence, voire de crainte par le directeur général de l'AP-HP.

Si l'accord que nous allons probablement ratifier dans quelques instants était étendu à d'autres pays, cela nous permettrait de développer cette stratégie économique.

En conclusion, l'accord qui vous est soumis fixe un cadre clair, répond à une demande et, surtout, offre des garanties pour éviter les dérives futures. C'est pour cet ensemble de raisons que le groupe La République en marche votera pour ce projet de loi. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM et sur plusieurs bancs du groupe MODEM.*)

M. le président. La discussion générale est close.

DISCUSSION DES ARTICLES

M. le président. J'appelle maintenant, dans le texte de la commission, l'article unique du projet de loi.

Article unique

EXPLICATIONS DE VOTE

M. le président. Nous passons directement aux explications de vote.

La parole est à M. Laurent Furst, pour le groupe Les Républicains.

M. Laurent Furst. Tout d'abord, le groupe Les Républicains votera ce texte, car il permet de régler certains problèmes en codifiant l'avenir.

Nous éprouvons toutefois ce soir un sentiment de mal-être.

Je rappellerai l'objet du protocole, car nous n'avons pas été clairs : il s'agit de soins non dispensés en Algérie faisant l'objet d'un accord préalable. Cette activité programmée concerne 600 à 700 personnes par an. Voter ce texte ne nous pose donc aucun problème, et nous sommes d'accord pour que le principe soit étendu à d'autres pays.

Cependant, s'il y a d'un côté de la démagogie de la part de ceux qui font en sorte d'attiser les haines, il y a, de l'autre, un manque de clarté. Ce qui est gênant, c'est que nous n'avons abordé que 2 % des problématiques relatives à l'activité hospitalière et au lien entre nos deux pays. Bien évidemment, l'activité programmée pour ce type de soins concerne des personnes qui doivent impérativement être soignées dans d'excellentes conditions, mais par ailleurs des dizaines de milliers d'actes sont dispensés de façon non programmée à des personnes qui se présentent aux portes de nos hôpitaux. Et, comme vous le savez, car ces informations sont d'actualité, nos hôpitaux cumulent plus de 30 milliards d'euros de dette et 1,5 milliard d'euros de déficit ; c'est une situation dramatique.

Nous dépensons notamment plus de 1 milliard d'euros pour l'AME aujourd'hui en France ; personne n'en a parlé. Le pays s'endette pour dispenser aux étrangers des soins gratuits ; telle est la réalité. Nous n'avons donc pas abordé d'autres problématiques, telle que celles des hôpitaux ou des retraites, par exemple. C'est regrettable.

Le texte est excellent, mais il ne règle qu'une infime partie des difficultés financières que pose notre relation avec l'Algérie quant à la situation de ses ressortissants, difficultés que nous rencontrons d'ailleurs avec un certain nombre d'autres pays.

M. le président. La parole est à M. Christian Hutin, pour le groupe Nouvelle Gauche.

M. Christian Hutin. Le groupe Nouvelle Gauche votera bien entendu des deux mains ce texte remarquable, assorti d'un rapport qui ne l'est pas moins.

J'aimerais revenir sur le tourisme médical, sujet que M. Kokouendo a abordé fort à propos et que nous avons également évoqué en commission des affaires étrangères avec M. le rapporteur. Si j'avais pour ma part été choqué par certains aspects relatifs à la commercialisation des soins hospitaliers, il faut reconnaître que cette activité peut nous rapporter de l'argent.

M. Laurent Furst. Bien sûr !

M. Christian Hutin. On peut espérer un chiffre d'affaires annuel supplémentaire de 2 milliards d'euros, dites-vous, mais ces 2 milliards, ils sont déjà là ! Laurent Fabius et Marisol Touraine avaient d'ailleurs avancé un certain nombre de pistes pour améliorer ces résultats. En tout état de cause, jamais cette activité ne devra faire concurrence aux soins dispensés à nos concitoyens.

J'avais également été gêné, et M. Fanget partage mon sentiment, par le vote sous la précédente législature d'un amendement permettant à un certain nombre de familles VIP – veuillez m'excuser, monsieur le président, pour ce nouvel anglicisme, mais je me mets au macronisme... (*Exclamations sur les bancs du groupe REM.*) Je le dis avec sympathie, chers collègues ; vous n'avez sans doute pas entendu ce que j'ai dit tout à l'heure.

Ces VIP, disais-je, peuvent obtenir des conditions particulières d'accueil – par exemple le bénéfice d'une chambre contiguë pour leur épouse. Il me semble qu'il y a, en ce domaine, une limite à ne pas dépasser par rapport aux efforts effectués en direction des Français.

Concernant l'AME, pardonnez-moi, cher collègue, mais ce que vous dites est terrible.

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales. Ce n'est pas ce qui a endetté la France !

M. Laurent Furst. Cela représente tout de même 1 milliard d'euros !

M. Christian Hutin. Je parlais tout à l'heure de bancs situés plus à droite que les vôtres, monsieur Furst. Pardonnez-moi de le rappeler, mais l'offre hospitalière globale s'établit à 90 milliards d'euros : l'AME représente environ 1 % de cette somme, soit un peu moins de 1 milliard d'euros, environ 850 ou 870 millions d'euros.

M. Laurent Furst. Les hôpitaux n'établissent plus les factures !

M. Christian Hutin. On a en France une certaine idée de ce que doit être la médecine, de la santé publique : si vous ne soignez pas les personnes concernées par l'AME, un certain nombre de maladies se développeront, comme cela a déjà été le cas. Ne serait-ce que pour cette raison, par égoïsme pour notre population, il faut maintenir le dispositif.

M. Laurent Furst. Vous avez multiplié par trois le coût de l'AME !

M. Christian Hutin. Si cet argument ne suffit pas, la vertu universaliste de la France, la déontologie exigent qu'un petit pourcentage soit versé pour l'accueil, ou plutôt pour les soins de ces populations. Sur ce sujet, très franchement, vous êtes malheureusement remonté vers des zones assez éloignées de l'hémicycle.

M. Laurent Furst. Arrêtez d'insulter vos interlocuteurs, cher ami ! Je ne vous traite pas de tous les noms, moi ! Ce n'est pas courtois !

M. le président. La parole est à M. Philippe Gomès, pour le groupe UDI, Agir et indépendants.

M. Philippe Gomès. Le groupe UDI, Agir et indépendants votera ce texte. Certes, on peut regretter qu'il n'embrasse pas l'ensemble du champ des difficultés ou des problématiques propres à ce sujet compliqué dans la relation entre la France et l'Algérie. Toutefois, c'est un premier pas du Gouvernement dans le bon sens. Le travail engagé me semble de bon aloi, et il convient de le poursuivre.

Pour toutes ces raisons, nous soutiendrons ce texte.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Lecoq, pour le groupe de la Gauche démocrate et républicaine.

M. Jean-Paul Lecoq. Je l'ai dit tout à l'heure : le groupe de la Gauche démocrate et républicaine, représenté ici par sa composante communiste, votera de manière enthousiaste ce texte, qui va dans le bon sens.

Notre vote est aussi un appel à ce que d'autres textes de cette nature, avec d'autres pays vis-à-vis desquels la France a une créance sur ces questions de santé, soient présentés dans cet hémicycle. Avec l'excellent travail qu'il a fait, le rapporteur a montré le chemin. J'espère que notre secrétaire d'État ici présent saura transmettre au Gouvernement des éléments précieux qui permettront d'autres avancées.

Je suis par ailleurs d'accord avec mon collègue Christian Hutin au sujet de l'aide médicale d'État : c'est notre protection. Toute personne qui tombe malade, qu'il s'agisse d'un migrant ou de quelqu'un de passage pour affaires, même si elle ne bénéficie d'aucun système de protection, doit pouvoir être soignée, car ces soins protègent l'ensemble de la population.

M. Laurent Furst. Bien sûr !

M. Jean-Paul Lecoq. D'ailleurs on voit bien que dans les pays où l'accessibilité aux soins fait défaut, où il n'y a pas cette gratuité, des épidémies dégénèrent. Cela arrive même en France. La misère, la vie dans la rue, les conditions de vie des migrants font revenir des maladies qu'on croyait avoir éradiquées.

Je sais que ce n'était pas le sens de vos propos,...

M. Laurent Furst. On m'attribue tellement de propos, vous savez !

M. Jean-Paul Lecoq. ...mais la question du financement de l'aide médicale d'État est aussi une question d'honneur pour la France, elle renvoie à l'esprit de solidarité de notre pays, lequel doit aussi s'exprimer en matière de santé.

M. Laurent Furst. Il est question non pas de supprimer l'AME, mais de la réformer !

M. le président. La parole est à M. Frédéric Petit, pour le groupe du Mouvement démocrate et apparentés.

M. Frédéric Petit. Le groupe MODEM votera évidemment ce texte.

Je ne voudrais ni verser dans l'idéologie ni faire de la morale. Ayant été travailleur social dans les années soixante-dix et quatre-vingt, je rappellerai que les flux dont le décompte nous a été communiqué par le rapporteur, et je l'en remercie, étaient alors inversés. À l'époque, les Algériens qui travaillaient en France cotisaient mais le montant de prestations dont ils bénéficiaient pour leur famille restée en

Algérie était inférieur à celui versé à leurs collègues français. Parce que le produit des cotisations non versées était important, il a été décidé de créer un organisme *ad hoc*, le Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles. La France a ainsi utilisé cet argent resté sans destination pour des actions en direction de ces populations.

La solidarité, l'accessibilité aux soins sont des principes protecteurs. Il est donc évident, d'une part, qu'il faut voter ce texte, et, d'autre part, qu'il faut poursuivre cet effort de retour aux chiffres, afin d'éviter de s'appuyer sur des idées erronées et de trouver des solutions.

M. Laurent Furst. C'est juste! Il faut trouver les bons chiffres!

VOTE SUR L'ARTICLE UNIQUE

M. le président. Je mets aux voix l'article unique du projet de loi.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	51
Nombre de suffrages exprimés	51
Majorité absolue	26
Pour l'adoption	51
contre	0

(L'article unique est adopté à l'unanimité, ainsi que l'ensemble du projet de loi.) (Applaudissements sur les bancs des groupes REM, MODEM, UAI, NG, GDR et FI.)

2

RATIFICATION DE L'ORDONNANCE RELATIVE À L'ADAPTATION DES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES RELATIVES AU FONCTIONNEMENT DES ORDRES DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Commission mixte paritaire

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion, sur le rapport de la commission mixte paritaire, du projet de loi ratifiant l'ordonnance n°2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé (n°445).

PRÉSENTATION

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission mixte paritaire.

M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission mixte paritaire. Monsieur le président, madame la ministre des solidarités et de la santé, madame la présidente de la commission des affaires sociales, mes chers collègues, notre assemblée examine ce soir le projet de loi de ratification de l'ordonnance relative au fonctionnement des ordres de santé issu des travaux de la commission mixte paritaire qui s'est tenue le 5 décembre.

Cet accord marque la volonté des deux chambres d'aboutir à un texte équilibré permettant aux ordres des professions de santé de disposer d'un cadre juridique stable. En effet, les nombreux défis à relever supposent une position convergente des deux chambres.

Pour mémoire, le texte que nous examinons vise à ratifier une ordonnance relative au fonctionnement des ordres professionnels de santé. Celle-ci vise à conforter la place des conseils nationaux en prévoyant qu'ils pourront ester en justice ou se porter partie civile.

Elle modifie aussi leurs conditions de gestion par la réforme de la certification des comptes, l'application des règles de marchés publics et la généralisation d'un règlement intérieur. Elle fournit des garanties destinées à préserver l'indépendance et l'impartialité des ordres et de leurs juridictions.

Je me félicite des conditions dans lesquelles l'accord a été conclu. Je remercie Mme Corinne Imbert, rapporteure du texte pour le Sénat, de la qualité de nos échanges. Je tiens aussi à vous remercier, madame la ministre, de votre implication personnelle et de celle de vos services, qui a permis d'améliorer un texte dont les conditions d'élaboration n'avaient pas été jugées satisfaisantes par les ordres des professions de santé lors de la législature précédente.

Le projet de loi initial comportait un seul article, portant ratification de l'ordonnance. À présent, il en compte dix. Je ne reviendrai pas sur les dispositions qu'ils comportent et vous renvoie, chers collègues, aux travaux parlementaires menés par les deux assemblées. Je souhaite en effet profiter de cette intervention pour aborder quelques points essentiels.

Le projet de loi comporte un certain nombre de dispositions applicables sans distinction à tous les ordres, conformément à diverses recommandations formulées par la Cour des comptes et par plusieurs organes administratifs de contrôle. Certes, il aurait été aisé de céder à la facilité en procédant à des rédactions distinctes, qui auraient sans nul doute satisfait chacun des ordres pris isolément.

Ma conviction profonde est que personne n'y aurait gagné, ni en lisibilité ni en qualité. En effet, le principe d'égalité devant la loi constitue un fondement essentiel de notre ordonnancement juridique. S'y soustraire aurait exposé toutes les parties concernées à des risques de contentieux.

Certes, il peut en résulter une insatisfaction de certains ordres, qui auraient préféré se dispenser de nouvelles contraintes. Je ne mésestime pas cet aspect, tant s'en faut! Je rappelle à cet égard que j'ai pris l'initiative d'introduire des modifications significatives, adoptées par notre Assemblée et confortées par le Sénat, à la suite des auditions des représentants des ordres de santé que j'ai menées.

Ainsi, afin que les ordres puissent s'adapter au nouvel environnement juridique, certaines mesures feront l'objet d'une application progressive, notamment le renouvellement des instances ordinales, la certification des comptes combinés et l'application des règles de marchés publics.

Il importe à présent de transformer l'essai en promulguant des textes d'application. Sur ce point, il me semble important de tenir compte de la particularité des ordres afin de dissiper quelques craintes, relatives en particulier à l'adaptation des règles de marchés publics. Madame la ministre, je sais que vous aurez à cœur de dissiper certains malentendus, afin que les objectifs fixés par la loi soient atteints dans un cadre serein et constructif. *(Applaudissements sur les bancs du groupe REM.)*

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

Mme Agnès Buzyn, *ministre des solidarités et de la santé*. Monsieur le président, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, mesdames et messieurs les députés, l'ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé, dont ce projet de loi prévoit la ratification, a pour objectif de renforcer l'indépendance et l'impartialité des juridictions ordinaires, de faire évoluer les compétences des organes des ordres et de permettre l'application de la législation relative aux marchés publics par leurs conseils nationaux.

Elle comporte un certain nombre de recommandations issues du Conseil d'État – notamment de la mission d'inspection des juridictions administratives –, de la Cour des comptes et de l'Inspection générale des affaires sociales, qui ont successivement mené, depuis 2012, des missions d'inspection et de contrôle des ordres des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des masseurs kinésithérapeutes.

Elle est divisée en trois chapitres. Le premier comporte des dispositions modifiant le code de la santé publique, le deuxième des dispositions modifiant le code de la Sécurité sociale et d'autres textes, le troisième des dispositions transitoires et finales.

Je me félicite qu'un accord ait été trouvé, en commission mixte paritaire, entre l'Assemblée nationale et le Sénat. Celui-ci a notamment conduit à supprimer l'article 3 *bis* prévoyant l'interdiction de cumuler les fonctions d'assesseur d'une instance disciplinaire et celles de président et de secrétaire général de l'organe de l'ordre.

La commission mixte paritaire a également réécrit l'article 4, introduit par un amendement gouvernemental déposé au Sénat. Cette modification permet de n'organiser la présence des représentants du directeur général de l'offre de soins et du directeur général de la santé aux délibérations du conseil national de l'ordre des pharmaciens que pour l'avenir, sans effet rétroactif antérieur au mois d'avril 2017.

Enfin, la commission mixte paritaire n'a pas maintenu l'article 4 *bis* prévoyant de supprimer l'extension des grands principes des marchés publics aux conseils nationaux des ordres.

Ces modifications du texte en faciliteront l'appropriation par les ordres amenés à l'appliquer sans pour autant dénaturer les objectifs structurels poursuivis.

Je tiens à remercier le rapporteur pour le rôle qu'il a joué dans la recherche d'une solution consensuelle et pour son sens de l'écoute. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM.*)

DISCUSSION GÉNÉRALE

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à Mme Ericka Bareigts.

Mme Ericka Bareigts. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, le texte qui nous est soumis comporte d'indéniables avancées en matière de bonne gouvernance. En premier lieu, l'ordonnance dont il prévoit la ratification permettra de renforcer l'indépendance et l'impartialité des juridictions ordinaires et de faire évoluer les compétences des organes des ordres. Ainsi, elle définit les incompatibilités, la limite d'âge, la durée du mandat ou encore les conditions de détermination et de

publicité des indemnités. Une telle clarification ne peut être que bénéfique et contribuera au bon fonctionnement des ordres.

Intégrant un certain nombre de recommandations du Conseil d'État, de la Cour des comptes et de l'Inspection générale des affaires sociales, qui ont conduit, au cours des dernières années, des missions d'inspection et de contrôle des ordres des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes, l'ordonnance prévoit l'application de la législation relative aux marchés publics par les conseils nationaux des ordres.

Elle détermine par ailleurs les mesures destinées à renforcer leur échelon régional et à accroître le contrôle par le conseil national des missions de service public assurées par les organes régionaux. Elle conforte ainsi le contrôle exercé par l'échelon national des ordres, notamment grâce à la certification des comptes combinés au niveau national.

Ces principes de bonne gouvernance, de transparence et d'éthique nous semblent essentiels à l'heure où certains de nos concitoyens font preuve d'une défiance manifeste envers les institutions de toute nature. Il s'agit de garantir à tout un chacun l'indépendance des juridictions ordinaires, dont chacun sait qu'elles disposent de pouvoirs importants.

Madame la ministre, vous avez indiqué que vous veillerez à faire en sorte que « les dispositions transitoires qu'il conviendra de prendre par décret [...] accompagnent au mieux [les ordres] dans l'adaptation des réformes ». Cet accompagnement des parties prenantes mérite d'être salué. Il permettra de procéder à la meilleure application possible de la réforme. L'ordonnance comportant des avancées non négligeables en matière de transparence et d'indépendance des ordres, nous soutenons la démarche ainsi engagée. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe REM.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, année après année, nous avons le déplaisir de voir sortir dans la presse de drôles d'affaires qui mettent en cause les ordres des professions de santé, dont la gestion opaque amène à de nombreux abus.

La dernière affaire en date concerne l'Ordre des chirurgiens-dentistes, dont les conseillers nationaux et locaux ont bénéficié d'indemnités atteignant plusieurs dizaines de milliers d'euros. La Cour des comptes a également relevé l'existence d'avantages en nature, sous forme de cadeaux dont *Le Figaro* a dressé la liste : grands vins, séjours touristiques d'un coût de plusieurs milliers d'euros, bijoux, montre de luxe – et je m'arrête là !

Nous saluons l'effort visant à limiter les abus récurrents et considérables commis par les ordres des professions de santé. Il est bien regrettable qu'il ait fallu attendre le rapport de la Cour des comptes – après des années et des années de gâchis et de dépenses somptuaires – pour qu'une procédure judiciaire soit engagée, au mois d'avril dernier. Cet état de fait résulte de l'opacité de la gestion de ces organismes et du manque de transparence qui les caractérise.

Bien entendu, l'effort consistant à les contraindre à adopter un comportement un peu plus vertueux mérite d'être salué. Néanmoins, si le présent projet de loi de ratification d'une ordonnance vise à corriger ces dérives, il ne s'attaque pas au cœur du problème : l'existence même des ordres professionnels médicaux et surtout l'obligation d'adhésion imposée à tout membre d'une profession médicale.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, créé en 1940, obéit à une logique corporative caractéristique d'une société traditionaliste. Quant à l'imposition progressive par la loi de cette logique à toutes les professions de santé, elle est antirépublicaine. Pourquoi certaines professions jouiraient-elles d'une autonomie particulière, notamment en matière de définition des modalités de sanction de leurs membres, alors que la plupart des travailleurs de ce pays répondent directement de leurs actes devant la société ?

Nous le réaffirmons ici : nous nous opposons à l'existence d'une sorte de tribunal de droit privé, de justice d'exception réservée à certains corps professionnels. En France, on rend justice « au nom du peuple français » et pas au nom de telle ou telle corporation. Ici, nous sommes en République !

Le système des ordres est un encouragement de fait à la délinquance en col blanc, car il produit des espaces juridiques différenciés. En outre, il offre à certaines professions des ressources de lobbying que les autres n'ont pas. Nous ne voyons pas au nom de quoi nous devrions accepter un tel déséquilibre !

Comme l'histoire l'a montré, les ordres de professions de santé sont des instances archaïques. Ainsi, l'Ordre des Médecins s'est radicalement opposé au droit à l'IVG et à l'effacement de l'homosexualité du registre des maladies mentales. Il a par ailleurs gardé le silence sur les agissements d'un médecin condamné en 2014 pour viol et agression sexuelle sur plusieurs patientes.

Le gouvernement « En Marche » se revendique du « nouveau monde » ; pourtant, il choisit de conserver dans ce texte les instances dont toutes les pratiques relèvent de l'ancien. Tout en exhortant sans cesse les travailleurs à accepter « la souplesse », le Gouvernement a décidé de conserver les ordres des professions de santé. L'orientation que vous avez retenue, madame la ministre, nous interdit de voter le texte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe FI.*)

M. le président. La parole est à Mme Elsa Faucillon.

Mme Elsa Faucillon. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le rapporteur, le projet de loi de ratification visant à améliorer l'encadrement du fonctionnement des ordres des professions de santé va dans le bon sens. Les mesures contenues dans ce texte traduisent des recommandations formulées par le Conseil d'État, l'IGAS ou la Cour des comptes en réponse à des pratiques plus que contestables.

Dans son rapport de février 2017, la Cour a pointé des dysfonctionnements au sein de l'ordre des chirurgiens-dentistes : gestion opaque, soupçons de favoritisme, cumul de mandats et d'indemnités, combines financières... Un manque d'éthique d'autant plus choquant lorsqu'il s'agit de santé publique. Le rapport de 2012 de la Cour des comptes jugeait également très sévèrement les lacunes de l'Ordre des médecins dans le contrôle de la déontologie médicale. Elle le considérait décevant, qu'il s'agisse du traitement des plaintes, du respect ou de la prévention des conflits d'intérêts.

Ces pratiques d'un autre âge ne peuvent plus durer. Les médecins comme les chirurgiens-dentistes les ont d'ailleurs dénoncées à plusieurs reprises. Nous soutenons évidemment toutes les mesures qui exigent plus de transparence dans la gestion des ordres et le respect de la déontologie médicale afin de retrouver le sens des missions de service public des professions médicales.

Je profite de l'examen de ce texte pour dire aussi que nous soutenons la demande de non-obligation d'inscription à l'Ordre national des infirmiers pour les membres de cette profession.

Pour être infirmier, il fallait, avant 2016, être titulaire d'un diplôme reconnu en France et s'enregistrer sur les listes de la profession. Parallèlement, les salariés pouvaient adhérer à l'Ordre national infirmier s'ils le souhaitaient. Depuis le décret du 25 novembre 2016, la cotisation est devenue obligatoire.

Vous le savez, le corps, majoritairement hospitalier, rejette cette obligation. D'après les chiffres des organisations syndicales, les infirmiers y sont majoritairement hostiles : en 2016, 94 % d'entre eux ne sont pas allés voter pour élire leurs représentants à l'ONI.

Il n'est pas nécessaire d'appliquer aux infirmiers une obligation supplémentaire, alors qu'il existe déjà des garanties d'encadrement de la profession. L'inscription automatique à l'Ordre est d'abord voulue par une partie du milieu libéral. Or, aujourd'hui, les infirmiers se préoccupent du pouvoir d'achat, des conditions de travail et des problèmes d'effectifs : l'Ordre n'a jamais relayé ce genre de questions. Pire encore, le diplôme d'État ne suffit plus pour travailler. Certains agents ne sont pas embauchés dans la fonction publique s'ils ne présentent pas leur récépissé d'inscription à l'Ordre. C'est à mes yeux inadmissible.

Nous voyons là un danger pour le statut de la fonction publique. Les différents débats depuis le début de la législature à propos des agents de la fonction publique ainsi que l'entreprise de défonctionnarisation des secteurs publics ne sont pas pour nous rassurer. Nous voterons en faveur de ce texte, tout en alertant les pouvoirs publics sur la nécessité de protéger les fonctionnaires du secteur médical et paramédical. (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR.*)

M. le président. La parole est à M. Marc Delatte.

M. Marc Delatte. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, chers collègues, le projet de loi de ratification de l'ordonnance relative au fonctionnement des ordres des professions de santé a été examiné en commission mixte paritaire le 5 décembre.

Le Sénat et l'Assemblée se rejoignant sur la majorité des dispositions du texte, le travail de la CMP s'est concentré sur quelques mesures. Permettez-moi d'énumérer ici les points d'achoppement du texte examiné au cours de la CMP et la position du groupe La République en marche.

La Haute assemblée a proposé la suppression de l'obligation faite aux conseils nationaux des ordres professionnels d'élaborer un règlement intérieur. Il nous a semblé pertinent de rétablir cette obligation. Cette mention permettra également d'en renforcer la portée. En effet, selon la jurisprudence, l'absence de dispositions législatives ou réglementaires prévoyant l'édiction d'un règlement ou de dispositions renvoyant au règlement intérieur, rend inopérante toute contestation en lien avec la violation des prescriptions.

Par ailleurs, la transparence des procédures dans l'application des règles de marché public aux ordres est un principe essentiel. C'est pourquoi nous avons rétabli cette disposition, mais avec un ajustement pertinent souhaité par le rapporteur au Sénat, afin de s'assurer que les ordres ne se voient pas appliquer des dispositions plus contraignantes que les administrations ou les établissements publics.

Enfin, il a été proposé de supprimer l'article 3 *bis* B, introduit par le Sénat, qui modifiait le régime d'incompatibilité entre les fonctions d'assesseur d'une instance disciplinaire et celles de président ou de secrétaire général d'un Conseil de l'ordre. L'on revient ainsi à la version première de l'Assemblée nationale.

Il y avait urgence : tant que l'ordonnance n'est pas ratifiée par le Parlement, elle conserve une valeur réglementaire et reste sujette à des recours devant le juge administratif. Or plusieurs procédures ont été engagées par les ordres depuis juillet. Aujourd'hui, la consécration de ces dispositions au niveau législatif éloigne le risque d'annulation qui pourrait fragiliser leur fonctionnement ainsi que les opérations de renouvellement des conseils.

Cette ordonnance intègre un certain nombre de recommandations du Conseil d'État, qui avait mené une mission d'inspection des juridictions administratives, mais aussi des recommandations de la Cour des comptes et de l'Inspection générale des affaires sociales, qui ont successivement conduit, depuis 2012, des missions d'inspection et de contrôle portant sur plusieurs ordres de santé : les ordres des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des masseurs-kinésithérapeutes.

Ce texte témoigne ainsi de l'importance du travail entre les institutions pour élaborer une norme plus juste, au plus près des acteurs de terrain et, *in fine*, plus pertinente. L'ensemble des mesures adoptées en CMP concourront à renforcer le fonctionnement des ordres dans un souci d'organisation, de transparence, de modernisation et de cohérence.

Le travail de concertation accompli par le rapporteur a été reconnu au Sénat. En amont de la première lecture, les conditions d'élaboration du texte n'avaient pas été jugées satisfaisantes par les ordres de santé ; on peut se réjouir qu'un consensus ait été trouvé au cours de la procédure parlementaire.

L'accord obtenu en CMP sur ce texte permettra de faciliter la gestion des ordres pour relever les nombreux défis qui s'annoncent. Soyez assurés que nous resterons vigilants sur les conditions d'application du texte issu de l'ordonnance, qui seront fixées par décret.

Avec l'ensemble du groupe la République En marche, je tiens à saluer le climat qui a prévalu dans ce travail conjoint, tant au sein de la CMP qu'au Sénat et à l'Assemblée nationale, afin d'optimiser le fonctionnement des ordres des professions de santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM.*)

M. le président. La parole est à M. Alain Ramadier.

M. Alain Ramadier. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, chers collègues, prise sur le fondement de l'article 212 de la loi de modernisation de notre système de santé, l'ordonnance soumise à ratification a révisé, comme son nom l'indique, les règles de fonctionnement et d'organisation des ordres des professions de santé.

Elle a déterminé les mesures destinées à renforcer l'échelon régional et à accroître le contrôle par le conseil national des missions de service public exercées par les organes régionaux. Elle a rendu applicables aux conseils nationaux de tous les ordres les règles en matière de marchés publics définies par l'ordonnance du 23 juillet 2015. Enfin, pour mieux répondre aux exigences d'indépendance et d'impartialité, cette ordonnance a révisé la composition, le mode de désignation et le régime indemnitaire des présidents et membres des instances disciplinaires des ordres.

Le projet de loi visant à ratifier cette ordonnance a d'abord suscité de la défiance. Lors de l'examen de la loi Santé de Marisol Touraine, les sénateurs du groupe LR avaient fait part de leur opposition à l'article qui autorisait le Gouvernement à prendre par ordonnance des mesures adaptant les dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé. Cet article avait été supprimé. En effet, si la voie de l'ordonnance peut se justifier pour des mesures purement techniques, ce n'était pas le cas en l'espèce. Les parlementaires LR avaient considéré « qu'il n'est pas opportun de s'en remettre à l'ordonnance sur des sujets aussi sensibles que l'évolution des compétences des ordres ou la modification de leur composition ». Les faits leur ont donné raison puisque cette ordonnance, soulevant de nombreux sujets sensibles, n'a fait l'objet d'aucune concertation et a été contestée par tous les ordres.

Certes, la nouvelle majorité n'est pour rien dans ces pratiques de l'ancienne majorité. Il n'en demeure pas moins que dépôt de ce projet de loi de ratification, en urgence, dans l'été, avec des délais aussi contraints, est incompréhensible. Ainsi, lors de la première lecture à l'Assemblée nationale, le rapporteur a reconnu que les ordonnances soumises à ratification avaient été prises sans concertation. Il a donc réuni les ordres de santé concernés et s'est efforcé de répondre à leurs principales craintes par le biais de quelques amendements techniques.

Au Sénat, la commission des affaires sociales a approuvé la ratification de cette ordonnance, tout en ajustant plusieurs de ses dispositions. Certaines mesures ont été jugées comme allant dans le bon sens : amélioration de la transparence interne des ordres des professions de santé ; renforcement des exigences d'indépendance et d'impartialité. Ces mesures sont de nature à conforter la confiance des professionnels de santé dans les ordres.

Toutefois, la commission s'est interrogée sur la pertinence d'autres évolutions, susceptibles de faire peser sur les ordres de lourdes charges de gestion. Les soumettre à des procédures de marchés publics paraît quelque peu disproportionné, alors que des ordres se sont déjà « autoresponsabilisés » sur ces sujets.

La commission a également estimé inopportune la possibilité nouvelle de remplacement des pharmaciens d'officine en cas de « circonstances exceptionnelles », alors que la loi Santé avait déjà permis une avancée pour tenir compte de situations individuelles.

Sur la forme, l'articulation de l'ordonnance posait quelques difficultés de lisibilité du droit. Quant au fond, elle soulevait quelques questions sur la limite d'âge applicable aux candidats aux élections ordinaires ou concernant les effets contre-productifs des binômes d'élus visant à favoriser la parité au sein des conseils ordinaires.

Malgré ces écueils, la majorité n'est pas demeurée sourde aux arguments de notre groupe, décidant notamment de maintenir quatre articles introduits par nos collègues sénateurs. Le groupe Les Républicains salue ces efforts qui ont permis de faire aboutir la CMP et votera en faveur de ce texte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR et sur quelques bancs du groupe REM.*)

M. le président. La parole est à Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le rapporteur, chers collègues, ce texte vise à adapter l'organisation et le fonctionnement des ordres des professions de santé aux dispositions de la loi du

26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. L'ensemble de ces orientations vise à répondre à diverses recommandations formulées par la Cour des comptes ainsi que par des organes administratifs de contrôle.

L'objectif est de garantir une meilleure qualité et une plus grande transparence de l'exercice juridictionnel des ordres des professions de santé, par une révision des règles de fonctionnement et d'organisation de ces institutions.

Les principales mesures du projet de loi visent à renforcer les missions de l'échelon régional, notamment de contrôle, à rendre applicables aux conseils nationaux de tous les ordres les principes de la réglementation des marchés publics définis par l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015, et à réviser la composition, le mode de désignation et le régime indemnitaire des présidents et membres des instances disciplinaires des ordres, afin de mieux répondre aux exigences d'indépendance et d'impartialité.

Les débats de qualité qui ont eu lieu dans chacune des deux chambres ont notamment permis de mieux prendre en compte les remarques formulées par les ordres de santé sur cette ordonnance. Ces derniers avaient pu juger que les conditions d'élaboration de ce texte n'étaient pas pleinement satisfaisantes. Je salue donc les amendements adoptés à l'initiative de notre rapporteur ou du Gouvernement, qui ont permis de lever certains blocages.

Il s'agit notamment de permettre aux ordres d'être consultés sur le montant des indemnités versées aux présidents des instances disciplinaires, de rétablir certaines dispositions relatives à l'ordre des pharmaciens, de modifier les conditions d'âge pour être nommé à la présidence des juridictions ordinaires, de modifier les conditions d'entrée en vigueur du régime des incompatibilités de fonctions, ou encore de reporter à 2020 l'application des règles de marchés publics et de certification des comptes, afin de permettre aux ordres de s'y préparer. Je me félicite que la réunion de la commission mixte paritaire ait ensuite permis d'aboutir à un accord entre l'Assemblée nationale et le Sénat sur ce texte.

Nous nous apprêtons donc, ce soir, à adopter définitivement ce projet de loi, et le groupe MODEM s'en réjouit. Comme je le disais en introduction, l'un des objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 était de renforcer le rôle des acteurs régionaux. Cette ordonnance, dans l'esprit de la loi, réaffirme l'importance des échelons régionaux des ordres des professions de santé, en leur donnant une plus grande latitude en matière d'organisation et en renforçant leur rôle en matière budgétaire.

Dans l'esprit de la loi, toujours, et afin d'assurer plus de transparence et d'impartialité dans leur exercice – transparence exigée par leurs missions et celles des professionnels qu'ils représentent –, d'autres dispositions permettront d'harmoniser l'organisation des différents ordres. Je songe notamment à l'introduction du mandat de six ans à la chambre de discipline nationale de l'ordre des pharmaciens, comme c'est le cas dans toutes les autres juridictions ordinaires, ou encore à la suppression progressive du cumul des mandats.

Enfin, des mesures sont prises pour garantir un renouvellement constructif du fonctionnement des ordres, notamment par l'ouverture aux jeunes professionnels des mandats des instances juridictionnelles, par l'introduction d'une limite d'âge de fin de mission et par un renouvellement plus souple des membres des instances ordinaires.

La modernisation est au cœur de ce texte. C'est pourquoi le groupe du Mouvement démocrate et apparentés votera en faveur de sa ratification. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe REM.*)

M. le président. La parole est à M. Philippe Gomès.

M. Philippe Gomès. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, à la suite du succès de la commission mixte paritaire du 5 décembre, nous allons nous prononcer aujourd'hui sur le projet de loi ratifiant l'ordonnance du 27 avril 2017 relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé.

L'ordonnance que nous examinons modifie le fonctionnement des ordres. Elle comporte des mesures destinées à renforcer l'échelon régional et à accroître le contrôle, par le conseil national, des missions de service public exercées par les organes régionaux. Elle rend également applicables aux conseils nationaux de tous les ordres les principes de la réglementation des marchés publics. Enfin, elle révisé la composition, le mode de désignation et le régime indemnitaire des présidents et des membres des instances disciplinaires des ordres.

Il s'agit de la traduction de recommandations formulées par le Conseil d'État, l'Inspection générale des affaires sociales ou la Cour des comptes, en réponse à des pratiques contestables – c'est le moins que l'on puisse dire – relevées à l'occasion de contrôles ou de missions d'inspection. Dans son rapport annuel paru en février 2017, la Cour des comptes avait notamment pointé des dysfonctionnements majeurs au sein de l'ordre des chirurgiens-dentistes. Les dispositions de l'ordonnance permettront d'améliorer la transparence dans le fonctionnement interne des ordres et de mettre leurs instances disciplinaires en conformité avec les exigences d'indépendance et d'impartialité. Ces améliorations sont bienvenues : elles sont la condition de la confiance des professionnels de santé envers ces instances.

Lors de l'examen de ce texte en juillet dernier, notre groupe avait cependant regretté l'absence d'une véritable concertation et d'échanges avec les principaux intéressés, s'agissant d'évolutions organisationnelles aussi importantes. Du fait de ce manque de concertation, ou de la précipitation, le texte initial comportait des dispositions inutilement ou excessivement contraignantes, et qui n'étaient pas totalement adaptées à la situation des ordres. Nous avons donc salué les ajustements adoptés par l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur, en vue de prévoir la consultation des ordres sur les indemnités versées aux présidents de chambres ou de reporter d'une année supplémentaire, c'est-à-dire à 2020, l'entrée en vigueur de la certification des comptes ou des règles de marchés publics.

Nous nous réjouissons également des modifications apportées par nos collègues du Sénat, qui ont permis de donner davantage de souplesse à ce projet de loi. Je pense notamment aux dispositions introduites en commission mixte paritaire à l'article 4 *ter*, qui permettront de clarifier les procédures applicables aux ordres en matière de marchés publics, afin d'éviter que ne leur soient appliquées des dispositions plus contraignantes que celles qui s'appliquent aux administrations ou aux établissements publics.

Le groupe UDI Agir et indépendants se prononcera en faveur de ce projet de loi de ratification.

VOTE SUR L'ENSEMBLE

M. le président. Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi, compte tenu du texte de la commission mixte paritaire.

(L'ensemble du projet de loi est adopté.) (Applaudissements sur les bancs des groupes REM, MODEM et UAI.)

3

RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Nouvelle lecture

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion, en nouvelle lecture, du projet de loi ratifiant l'ordonnance n° 2017-48 du 19 janvier 2017 relative à la profession de physicien médical et l'ordonnance n° 2017-50 du 19 janvier 2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé (n° 281, 487).

PRÉSENTATION

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le président, madame la présidente de la commission des affaires sociales, madame la rapporteure, mesdames et messieurs les députés, je reviens aujourd'hui devant votre assemblée pour présenter en nouvelle lecture le projet de loi ratifiant l'ordonnance n° 2017-50 du 19 janvier 2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé.

Comme vous le savez, cette ordonnance transpose en droit interne trois dispositifs nouveaux mis en place par une directive européenne de 2013 : la carte professionnelle européenne, le mécanisme d'alerte et l'accès partiel. Elle introduit par ailleurs, au niveau législatif, une procédure visant à sécuriser et à harmoniser la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens pour les cinq métiers de l'appareillage et pour l'usage du titre de psychothérapeute. Enfin, l'ordonnance supprime, pour répondre à la demande de la Commission européenne, la condition d'exercice de trois années imposée aux ressortissants de l'Union européenne pour l'accès en France à une formation de troisième cycle des études médicales ou pharmaceutiques.

J'ai eu l'occasion de vous dire, lors de nos précédents débats au mois de juillet dernier, que je mesurais les inquiétudes que la présentation de ce texte a pu susciter auprès des professionnels de santé, comme parmi un certain nombre des membres de votre assemblée, du fait de l'introduction des dispositions relatives à l'accès partiel.

M. Gilles Lurton. C'est vrai !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je m'étais alors attachée à vous expliquer les raisons pour lesquelles le Gouvernement était dans l'obligation de procéder à la transposition de la directive de la manière dont il l'a fait. Je m'étais également efforcée de présenter les conditions dans lesquelles j'entendais

que ce sujet soit pris en charge, soucieuse que je suis de préserver la qualité et la sécurité des soins prodigués aux usagers de notre système de santé.

La sensibilité de ce sujet est toujours importante, comme l'ont encore montré les récents débats au Sénat. Je voudrais donc revenir brièvement sur les raisons qui ont conduit le Gouvernement à présenter ce texte sous cette forme, vous donner ensuite des informations sur la position de la Commission européenne à l'égard de la France et repreciser, enfin, les conditions de la mise en œuvre de ce dispositif.

La directive communautaire relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles du 20 novembre 2013 aurait dû être transposée dans le droit français depuis, et au plus tard, le 18 janvier 2016. Depuis cette date, la France était exposée à deux avis motivés de la Commission européenne pour défaut de transposition. Ce manquement à ses obligations constituait la dernière étape avant la saisine par la Commission de la Cour de justice de l'Union européenne. Comme vous l'avez probablement appris, mesdames et messieurs les députés, depuis le mois de juillet, au cours duquel je vous faisais part de ces risques, le Collège de la Commission européenne a décidé, le 7 décembre, d'une saisine de la Cour de justice de l'Union et d'un recours contre la France, mais également contre la Belgique et l'Allemagne, en raison d'un manquement à leur obligation de transposition.

Le risque était donc, non pas hypothétique, voire nul, comme certains pouvaient l'affirmer, mais bien réel – et il est désormais effectif. Il est possible que la publication du décret, au début du mois de novembre puis, il y a une dizaine de jours, des sept arrêtés attendus, ait été perçue par la Commission comme le signe que notre pays est désormais prêt à respecter ses obligations de transposition complète. C'est à espérer, car cela nous permettrait d'échapper au paiement de l'astreinte associée à la saisine de la Cour de justice.

Comme je l'avais fait devant vous au mois de juillet, je souhaite affirmer avec la même détermination que je serai très vigilante quant aux conditions de déploiement de l'accès partiel au sein de notre système de santé. Cette vigilance pourra justifier d'en appeler à la raison impérieuse d'intérêt général, dès lors que l'autorisation d'un professionnel à accès partiel fera peser un risque sur la qualité et la sécurité des prises en charge.

Ce risque ne peut en effet être évacué dans un système où les compétences respectives des professionnels de santé sont à la fois complémentaires et articulées entre elles, et parfaitement connues des professionnels eux-mêmes comme des usagers du système de santé. La conception puis l'application du processus de demande d'autorisation d'exercice partiel de la part d'un professionnel seront, dans ce cadre, extrêmement rigoureuses.

En premier lieu, parce que la directive prévoit trois conditions génériques, qui doivent nécessairement être remplies. La première, c'est que le professionnel doit être pleinement qualifié pour exercer dans son État d'origine l'activité pour laquelle il sollicite un accès partiel. La deuxième, c'est que les différences entre l'activité professionnelle exercée et la profession qui pourrait lui correspondre en France sont si importantes que l'application de mesures de compensation de formation reviendrait à faire suivre au demandeur un cycle complet d'enseignement. La troisième, c'est que l'activité sollicitée en accès partiel peut objectivement être séparée

d'autres activités relevant de la profession « correspondante » en France. Si l'une de ces trois conditions n'est pas remplie, l'autorisation d'exercice partiel ne pourra être délivrée.

En deuxième lieu, parce que le processus d'examen des dossiers des demandeurs fait par ailleurs appel à l'expression d'un avis par chaque commission compétente, ainsi que par l'ordre compétent, pour les professions à ordre. Ce second avis, non prévu par la directive, a été ajouté par le Gouvernement, afin de renforcer le processus d'analyse des dossiers.

En troisième lieu, enfin, parce qu'un décret en Conseil d'État a précisé les conditions et modalités de mise en œuvre de la procédure d'instruction.

Je vous avais indiqué que j'entendais veiller très précisément à ce que sa rédaction puisse éclairer et guider les parties prenantes dans la manière dont les dossiers devront être examinés, au cas par cas. C'est ce qui a été traduit dans le décret du 2 novembre 2017 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé.

Tout en respectant le droit à la libre circulation des ressortissants européens, le décret dispose, en effet, que les avis que les commissions d'autorisation d'exercice et les ordres seront appelés à émettre porteront notamment, dans le but de garantir la qualité et la sécurité des soins, sur les points suivants : l'identification précise et strictement délimitée du champ d'exercice ou des actes que les professionnels seront autorisés à réaliser sous le régime de l'accès partiel ; la description de l'intégration effective de ces actes dans le processus de soins et leur incidence éventuelle sur la continuité de la prise en charge ; la lisibilité des actes réalisés sous le régime de l'accès partiel pour les professionnels de santé comme pour les usagers ; toute recommandation de nature à faciliter la bonne insertion du professionnel, auquel l'autorisation d'exercice partiel serait accordée.

La rédaction de ce décret a été, vous l'aurez compris, animée par la motivation de garantir la qualité et la sécurité des soins et l'information des professionnels de santé, comme des usagers.

Par ailleurs, comme je m'y étais engagée devant les deux assemblées, j'ai sollicité la Commission européenne afin d'obtenir une cartographie des professions de santé existant dans l'Union européenne. La nouveauté induite par le déploiement du mécanisme d'exercice partiel au sein des pays de l'Union justifie de disposer d'un tel état des lieux afin d'identifier, pour chaque système national de santé, les périmètres d'exercice des professionnels susceptibles de solliciter une reconnaissance d'accès partiel.

Je rappelle enfin que je serai très attentive au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre de ces dispositifs.

Mesdames, messieurs les députés, tels étaient les éléments les plus importants que je souhaitais porter à votre connaissance à propos de la dimension qui demeure la plus sensible de cette ordonnance, que le présent projet de loi tend à ratifier. (*Applaudissements sur les bancs des groupes REM et MODEM.*)

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Toutut-Picard, rapporteure de la commission des affaires sociales.

Mme Élisabeth Toutut-Picard, rapporteure de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, mes chers collègues, le projet de loi que nous examinons ce soir en nouvelle lecture comporte deux articles portant chacun ratification d'une ordonnance.

L'article 1^{er} vise à ratifier l'ordonnance relative à la profession de physicien médical. Celle-ci faisant l'objet d'un consensus, l'article a été voté sans modification par le Sénat.

L'article 2, qui vise à ratifier l'ordonnance procédant à la transposition de la directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé a, quant à lui, été substantiellement modifié par la Chambre haute, qui a décidé de supprimer carrément l'accès partiel aux professions de santé. Notre commission a décidé, au contraire, de rétablir le texte voté par l'Assemblée nationale en première lecture. Plusieurs arguments de fond motivent cette décision.

Suivant les recommandations des plus éminents juristes, le texte prévoit l'ouverture à l'accès partiel pour l'ensemble des professions de santé, une procédure de dépôt et d'examen des demandes au cas par cas étant toutefois prévue. Cette position se fonde sur une interprétation constante des dispositions communautaires qui visent à empêcher toute forme de discrimination. On ne peut pas en dire autant de l'exclusion *a priori* que certains appellent de leurs vœux : en droit, rien n'indique que cette contre-proposition soit cohérente avec le droit communautaire.

Cela étant, à l'issue de la procédure d'examen au cas par cas, un refus pourra être opposé pour des raisons impérieuses d'intérêt général. Les textes d'application publiés récemment ont donné des garanties à cet égard. Ainsi, le décret publié le 3 novembre dernier prévoit que les ordres professionnels seront associés à l'examen de toute demande d'accès partiel, conformément aux engagements pris par le Gouvernement lors de l'examen du texte en première lecture. Il définit aussi des garanties propres à préserver la qualité des soins : l'accès partiel devra tenir compte de plusieurs conditions importantes telles que l'identification des actes ou du champ d'exercice, la description de l'intégration des actes dans le processus de soins et leur incidence sur la continuité de la prise en charge. En résumé, la procédure de l'accès partiel aux professions de santé s'articule, en droit, avec la protection de la santé.

Enfin, si la question du défaut de transposition n'est pas déterminante, elle n'en reste pas moins importante. En commission, j'ai relevé la légèreté avec laquelle la possibilité de poursuites engagées contre la France était envisagée par certains de nos collègues à l'Assemblée et au Sénat. Force est de constater que les événements m'ont donné raison, puisque, le 7 décembre dernier, la Commission européenne a décidé de saisir la Cour de justice de l'Union européenne de recours contre la France en raison du manquement à l'obligation de notifier la transposition complète, en l'assortissant d'une demande d'astreinte journalière de plus de 53 000 euros.

Pour toutes ces raisons, je vous invite à confirmer la position exprimée par notre assemblée en première lecture. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes REM et MODEM.*)

DISCUSSION GÉNÉRALE

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à Mme Ericka Bareigts.

Mme Ericka Bareigts. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, mes chers collègues, ce projet de loi tend à ratifier deux ordonnances du 19 janvier 2017.

L'article 1^{er} prévoit la ratification de l'ordonnance relative à la profession de physicien médical. Faisant suite à un important travail de concertation mené depuis juin 2016 avec les représentants des physiciens médicaux et des spécialités médicales concernées, la reconnaissance du métier de physicien médical comme profession de santé est un progrès pour la sécurisation des pratiques médicales. Cette définition du cadre général et des missions du physicien médical permet ainsi de répondre à l'un des objectifs du Plan cancer 2014-2019 et d'appliquer les recommandations formulées par le Comité national de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie après l'accident survenu à Épinal en 2005. Je crois que nous pouvons tous nous féliciter de la ratification de ce texte, qui sécurisera l'exercice d'une profession essentielle dans notre système de santé.

Venons-en à la ratification de l'ordonnance relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé, prévue par l'article 2 du projet de loi. L'ordonnance vise à transposer en droit interne trois dispositifs mis en place par une directive européenne de 2013 : la carte professionnelle européenne, le mécanisme d'alerte et l'accès partiel aux professions de santé.

Les deux premiers dispositifs constituent des avancées certaines en matière de coopération entre États membres. La carte professionnelle européenne est une procédure électronique permettant de faire reconnaître des qualifications professionnelles dans un autre pays de l'Union européenne ; ce système est plus simple et plus transparent que les procédures classiques de reconnaissance des qualifications. Le mécanisme d'alerte favorise la diffusion, à l'échelle européenne, de signalements de professionnels de santé qui n'auraient pas le droit d'exercer dans leur État d'origine, ce qui constitue, chacun en conviendra, un progrès évident pour la sécurité des patients dans l'Union européenne.

Évoquons plus longuement le troisième dispositif, l'accès partiel aux professions de santé, qui suscite davantage d'inquiétudes. Rappelons tout d'abord que ce dispositif ne concernera que les professions d'infirmier, de sage-femme, de médecin, de dentiste et de pharmacien, qui bénéficient déjà d'un régime de reconnaissance automatique des diplômes, les exigences minimales de formation ayant été harmonisées au niveau européen. Rappelons aussi que ce dispositif ne bénéficiera qu'à des ressortissants de l'Union européenne, sous réserve de vérification de leur formation et de leurs compétences.

Comme vous le savez, l'accès partiel est une novation juridique qui a été énoncée pour la première fois par la Cour de justice de l'Union européenne. Celle-ci avait estimé qu'un masseur-balnéo-thérapeute formé en Allemagne pouvait exercer en Grèce, dans la mesure où son exclusion aurait été contraire au principe de libre circulation. Ce dispositif a été repris dans une directive européenne de 2013 qui vise à assurer l'accès partiel de ressortissants de l'Union européenne à certaines professions médicales et paramédicales, et que la France devait transposer avant 2016. Il suscite néanmoins des inquiétudes certaines parmi les professionnels de santé de notre pays.

Un décret en Conseil d'État précisera les conditions et modalités de mise en œuvre de la procédure d'instruction. Il nous paraît essentiel que ce décret soit le plus clair possible et fournisse un cadre précis pour l'instruction des dossiers par les instances et professionnels concernés. À cet égard, il ne saurait y avoir de France à deux vitesses, opposant des déserts médicaux où l'on recourrait massivement à l'accès partiel comme pis-aller à d'autres parties du pays où le recours à l'accès partiel serait drastiquement limité. Le groupe

Nouvelle Gauche est extrêmement attaché à la lutte contre les inégalités territoriales en matière de santé. Mes collègues Guillaume Garot et Stéphane Le Foll défendront ainsi, en janvier prochain, une proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale. Il a été précisé que les membres de la commission des affaires sociales seraient associés à la rédaction du décret. Cependant, il nous paraît plus important encore que les ordres et commissions concernés le soient aussi, car ce sont eux qui devront instruire les demandes d'accès partiel et, *in fine*, l'accorder ou non.

Afin de pouvoir préparer certaines professions à l'accès partiel, il est nécessaire que nous disposions d'un état des lieux des professions de santé existant dans l'Union européenne. Il s'agira d'un outil précieux pour les instances chargées d'accorder un accès partiel ou non : il leur permettra d'établir les périmètres d'exercice des professionnels susceptibles de solliciter une reconnaissance d'accès. La France doit saisir prochainement la Commission européenne en vue d'obtenir une telle cartographie. Nous aurions cependant préféré disposer de cet outil avant la ratification de cette ordonnance, car il nous aurait fourni des données plus précises et plus fines.

Vous nous avez, par ailleurs, assurés, madame la ministre, que vous seriez particulièrement vigilante quant aux conditions de déploiement de l'accès partiel au sein de notre système de santé et que vous n'hésiteriez pas à invoquer une raison impérieuse d'intérêt général dès lors que le fait d'accorder l'accès partiel à un professionnel ferait courir un risque en matière de qualité et de sécurité des prises en charge. La directive le permet en effet. Cette vigilance nous paraît de mise : l'accès partiel a vocation à être autorisé non pas de manière générale, mais au cas par cas. Des refus pourront et devront être prononcés lorsque les circonstances l'exigent, au nom de la protection de la santé de nos concitoyens : c'est la condition même du succès du dispositif et de la confiance des Français en leur système de santé.

Comme vous le savez, notre réserve la plus sérieuse porte sur le point suivant : le texte de la directive prévoit que tout État membre pourra refuser l'accès partiel aux professions de santé dès lors qu'elles ont « des implications en matière de santé publique ou de sécurité des patients ». L'Allemagne, par exemple, a fait le choix d'invoquer cette disposition, de telle sorte que ses citoyens aient la confiance la plus absolue dans leur système de santé.

Comme nous avons malheureusement eu l'occasion de le constater, notamment au cours des débats sur l'extension de l'obligation vaccinale lors de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, certains de nos concitoyens font preuve de scepticisme, voire de défiance, à l'égard des membres du corps médical et des professionnels de santé. Même s'il est minoritaire, ce phénomène n'en est pas moins préoccupant. Il ne faudrait pas que l'exercice, sous conditions, de professions médicales ou paramédicales par des ressortissants de l'Union européenne contribue à l'amplification de ce phénomène regrettable.

Comme cela a été indiqué au cours des discussions, nous ne savons pas si le choix fait par la France avec cette ordonnance relève d'une interprétation correcte de la directive ou s'il s'agit d'une potentielle « surtransposition ». La question est d'importance : certains professionnels de santé pourraient subir de ce fait une concurrence déloyale et, surtout, la qualité des soins pour les patients pourrait diminuer. Ce débat n'est d'ailleurs pas propre à la France : il y a quelques mois, quatorze pays ont été rappelés à l'ordre par la Commission européenne, car ils n'avaient pas encore transposé la directive.

Enfin, comme nous l'avons noté à l'occasion de travaux précédents, ce dispositif risque de créer des effets d'aubaine, car des étudiants français ayant obtenu leur diplôme à l'étranger pourraient revenir exercer dans notre pays et contourner ainsi le *numerus clausus*. Ce phénomène est déjà à l'œuvre, nous le savons, et cela appelle une vaste réflexion sur l'adéquation entre notre offre de formation médicale et paramédicale, l'étendue des besoins de notre système de santé et les aspirations des jeunes.

Ces différentes questions demeurant ouvertes, notre position reste plus que réservée à propos de l'accès partiel. Il nous paraît nécessaire de laisser du temps, d'une part, à la concertation avec les professionnels de santé et, d'autre part, à un dialogue nourri avec la Commission européenne à ce sujet. Le groupe Nouvelle Gauche ne votera donc pas la ratification de cette ordonnance.

M. le président. La parole est à Mme Bénédicte Taurine.

Mme Bénédicte Taurine. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, mes chers collègues, on nous présente ici deux textes de portée très inégale.

La première ordonnance, relative à la reconnaissance de la profession de physicien médical, est une avancée que nous tenons à saluer. À la France insoumise, nous pensons qu'encadrer une profession, c'est augmenter le niveau de sécurité pour les professionnels mais aussi pour les bénéficiaires, qui sont, en l'espèce, des patients. Les physiciens médicaux sont des personnes spécialisées en radiophysique médicale qui sont chargées de réaliser les actes de radiothérapie.

Cette ordonnance les reconnaît comme une profession médicale à part entière. Elle est saluée par l'Autorité de sûreté nucléaire, car elle permet de mieux encadrer la profession qui a la main sur des sujets à risque, comme le dosage des thérapies. Nous avons encore en mémoire la tragique histoire de l'hôpital d'Épinal, où, en 2008, Mme Bachelot, alors ministre de la santé, a reconnu que 5 500 patients avaient été victimes de surirradiation entre 1997 et 2006. Une majorité de professionnels attendaient donc la reconnaissance de la profession de physicien médical, notamment pour empêcher de nouveaux cas d'irradiations accidentelles. C'est une avancée réclamée par les fédérations de professionnels, et nous y sommes tout à fait favorables.

Cependant, elle est contrebalancée par une deuxième ordonnance, qui porte sur la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé. En réalité, il s'agit de répondre à des exigences européennes de mise en concurrence des professionnels de santé de chaque pays. Encore une fois, le Gouvernement s'empresse de traduire une directive européenne dans le droit français sans réfléchir réellement à ses conséquences.

Il se trouve que, en France, la formation des professionnels de santé est exigeante – c'est bien normal. Ce texte vise, nous dit-on, à « favoriser la mobilité des professionnels de la santé » au niveau européen, mais il présente des risques. Premièrement, les professionnels pourront être mis en concurrence, puisque ce texte ne prévoit aucune harmonisation sociale. Ainsi, un praticien d'un autre pays dépendra en grande partie du droit social de son pays, qui est souvent défavorable. Les praticiens seront donc traités de manière inégale.

Deuxièmement, la formation de certains praticiens risque de ne pas être suffisante. Nous savons que les cursus de formation aux professions de santé ne sont pas encadrés

partout de la même façon en Europe. Il est bien naturel que les praticiens des autres pays ne soient pas au fait des obligations de sécurité imposées par le code de la santé publique en France. En outre, nous ne connaissons pas la nature exacte du mécanisme européen d'alerte, qui doit permettre d'éviter une dérive dans l'application de cette directive. Nous ne pensons pas que la solution à la désertification médicale en France passe par le recours à une forme de travail détaché des professions médicales.

Le groupe La France insoumise déplore le regroupement de ces deux ordonnances et regrette qu'on ne puisse pas les voter séparément, car il aurait pu ainsi voter la reconnaissance de la profession de physicien médical et rejeter la dérégulation européenne imposée. Dans ce contexte, le déséquilibre est tel que nous ne pouvons pas voter les deux ordonnances en bloc. Notre groupe votera donc contre ces ordonnances.

M. le président. La parole est à Mme Elsa Faucillon.

Mme Elsa Faucillon. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, avant d'aborder précisément le contenu des deux ordonnances qui nous occupent aujourd'hui, je voudrais rappeler quelques éléments de contexte récent, qui n'apporteront malheureusement rien de positif.

Il y a quelques jours, la majorité a voté le budget de la santé pour 2018, et ce premier projet de loi de financement de la Sécurité sociale nous inquiète à plusieurs titres. Il poursuit une politique d'ajustement par les dépenses, sans création de recettes nouvelles. Il prévoit 5,2 milliards d'économies sur les dépenses sociales, dont 4,2 milliards sur les dépenses de santé, dans le but de rétablir, à marche forcée, les comptes sociaux. Les hôpitaux, exsangues, sont, une fois de plus, visés.

En revanche, rien n'est fait pour améliorer les recettes, alors que le montant de la fraude patronale aux cotisations sociales, estimé il y a plusieurs années à 20 milliards d'euros par an, reste toujours aussi élevé. La fiscalisation du financement de la Sécurité sociale préfigure le détricotage de notre système solidaire, collectif et paritaire de protection sociale. S'y ajoute l'augmentation du forfait hospitalier, qui va accroître les restes à charge des patients, les complémentaires répercutant cette hausse dans leur tarif.

Ce carcan financier empêche de répondre aux besoins sanitaires et aux préoccupations de nos concitoyens, pourtant nombreux : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, renoncement aux soins, déserts médicaux et, dans de nombreux départements, fragilisation de la protection de l'enfance. Alors que la priorité devrait être, selon nous, de déployer un service public de la santé sur tout le territoire, le Gouvernement et la majorité s'attellent, au contraire, à renforcer la désorganisation de notre système de soins.

J'en viens maintenant aux deux ordonnances qui, dans leur grande partie, ont été votées conformes par le Sénat, un seul article restant en discussion. Nous considérons qu'une meilleure prise en considération de la profession de physicien médical est une bonne chose. Elle était nécessaire. La reconnaissance de ce métier comme profession de santé va dans le bon sens, et nous aurions pu adopter cette ordonnance, si elle était votée indépendamment de la deuxième ordonnance. Je profite de l'examen de ce texte pour appuyer la revendication des agents de stérilisation en milieu hospitalier, qui réclament également la reconnaissance de leur métier comme profession de santé.

En revanche, nous sommes plus que réservés sur l'ordonnance qui vise à transposer en droit français diverses dispositions européennes. L'une des plus sensibles concerne l'accès partiel aux professions de santé, qui avait été largement critiqué sur les différents bancs de notre hémicycle en première lecture. En application de la directive européenne de 2013, ce dispositif permettrait à des professionnels de santé provenant de pays européens d'exercer en France sans avoir toutes les qualifications exigées par l'État français. Autrement dit, certains soins infirmiers ou de rééducation pourront être réalisés par des praticiens qui ne disposent pas du titre d'infirmier ou de kinésithérapeute. Ils exerceront alors sous le titre qu'ils ont obtenu dans leur pays d'origine.

Rappelons que les syndicats et les ordres de santé s'étaient opposés à la quasi-unanimité à l'avis présenté le 27 octobre 2016 par le Haut Conseil des professions paramédicales, qui ouvre la voie à une segmentation des professions de santé. Depuis le vote en première lecture, en juillet dernier, le décret qui détaille les conditions de l'accès partiel a été publié, mais les mesures qui encadrent la reconnaissance de l'accès partiel paraissent bien faibles. Dans le même temps, les professionnels de santé continuent d'être inquiets, comme en témoigne l'alerte lancée par les kinésithérapeutes dans une tribune publiée le 13 novembre, qui dénonce l'ouverture de cette profession à des personnes insuffisamment qualifiées.

Nous continuons de craindre les conséquences directes qu'une telle mesure pourrait avoir sur l'organisation de notre système de soins. Sa transposition laisse craindre l'instauration d'une médecine à deux vitesses, qui aura des conséquences majeures sur l'organisation et la cohérence de notre système de santé. À cet égard, madame la ministre, vos explications n'ont pas réussi à me rassurer. Dans la mesure où la formation initiale et les compétences des métiers de santé sont différentes d'un pays à l'autre, l'ordonnance pourrait avoir des conséquences importantes en termes de clarté, mais aussi sur la qualité des soins dispensés aux patients. Compte tenu de la rigueur demandée aux professionnels de santé français, quelles seront les conditions encadrant l'accès partiel de praticiens européens aux professions de santé ?

L'accès partiel laisse craindre un système de santé au rabais, et une dégradation de la qualité des soins, puisque le niveau d'exigence en termes de formation et de qualification sera abaissé pour certaines professions de santé. Cela pose la question de la sécurité des patients, mais également des garanties en termes d'information pour les patients, au moment de la consultation du médecin. Comment savoir qu'ils consultent un professionnel qui ne dispose pas de toutes les qualifications requises ?

Surtout, ce texte ne fait pas oublier les lacunes de notre système de formation, qui aboutissent aujourd'hui à une pénurie de médecins, le plus souvent généralistes, dans de trop nombreux territoires. Rappelons qu'un Français sur dix vit aujourd'hui dans un désert médical. Ces professionnels seront opportunément recrutés par des établissements de santé en pénurie de personnels ou par nos collectivités frappées par la désertification médicale, ce qui serait évidemment de nature à renforcer les inégalités territoriales de santé. Il est plus qu'urgent d'agir pour cette véritable priorité nationale. Nous ne pouvons dresser qu'un constat d'échec des mesures incitatives destinées à attirer les médecins dans les régions sous-dotées. Vous prévoyez pourtant de les prolonger.

De notre côté, parmi d'autres mesures, nous proposons, depuis longtemps, de dé plafonner le *numerus clausus*, pour garantir à nouveau un nombre suffisant de médecins à nos

concitoyens. Nous pensons également utile de réfléchir à des dispositifs de conventionnement sélectif dans les territoires surdotés, comme le préconisent la Cour des comptes dans son dernier rapport sur le système de santé et, encore plus récemment, le Conseil économique, social et environnemental – CESE –, dans un rapport sur les déserts médicaux. Malheureusement, les orientations que vous avez prises dans votre Plan d'accès aux soins, annoncé le 13 octobre dernier, ne font que prolonger des mesures incitatives qui ont pourtant peu d'effets sur la réduction de la fracture sanitaire.

Surtout, une autre solution à la surtransposition de la directive par la France était possible. Le texte européen précise bien qu'un « État membre devrait être en mesure de refuser l'accès partiel » en cas de raisons impérieuses d'intérêt général. La santé publique et la sécurité des patients sont, en effet, des arguments. C'est d'ailleurs la voie choisie par l'Allemagne et l'Autriche, qui ont refusé de reconnaître *a priori* l'accès partiel pour certaines professions de santé. Nous aurions pu suivre ce chemin, mais ce n'est pas la solution que vous avez retenue. Nous le regrettons.

Nous estimons, par conséquent, qu'il serait plus judicieux de ne pas transposer cette mesure dans notre *corpus* législatif. Les députés du groupe GDR ne voteront donc pas, en l'état, ces dispositions qui, sous couvert de favoriser la libre circulation des professionnels de santé, semblent marquer une étape supplémentaire dans le projet européen de démantèlement des professions réglementées. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et FI.*)

M. le président. La parole est à Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, mes chers collègues, je suis l'élue d'une circonscription située sur un territoire transfrontalier et, comme tous les collègues de mon groupe, je suis attachée aux valeurs européennes, dont je suis fière. La libre circulation des personnes entre pays de l'Union européenne est aujourd'hui une réalité qui doit être préservée et, à ce titre, je défends ce projet de loi. C'est aussi au titre de médecin spécialiste que je m'exprime, un médecin qui a toujours été attaché à la formation, aux compétences et à la place de la qualification.

Je ne reviendrai pas sur les directives européennes de 2005 et de 2013, mais j'évoquerai uniquement l'ordonnance présentée au Conseil des ministres de janvier 2017, qui transpose en droit interne trois dispositifs nouveaux : l'accès partiel, la carte professionnelle européenne et le mécanisme d'alerte.

Les autres points ayant été déjà beaucoup évoqués, je ne m'exprimerai que sur l'accès partiel, qui a semblé émouvoir certains collègues. L'autorisation d'exercice avec un accès partiel permet à un professionnel, pleinement qualifié dans l'État membre d'origine, d'exercer une partie seulement des actes relevant d'une profession réglementée en France. Cette autorisation est encadrée par des conditions très strictes et par un examen au cas par cas des demandes, qui pourront être refusées pour un motif impérieux d'intérêt général tenant à la protection de la santé publique.

Il est ainsi prévu que l'accès partiel à une activité professionnelle puisse être accordé uniquement lorsque les trois conditions suivantes sont remplies : le professionnel est pleinement qualifié pour exercer, dans l'État membre de l'Union européenne d'origine, l'activité professionnelle pour laquelle il sollicite un accès en France ; les différences entre l'activité professionnelle légalement exercée dans l'État d'origine et la profession correspondante en France sont si

importantes que l'application de mesures de compensation reviendrait à imposer au demandeur de suivre le programme complet d'enseignement et de formation requis pour avoir pleinement accès à la formation en France ; l'activité professionnelle pour laquelle l'intéressé sollicite un accès peut objectivement être séparée d'autres activités relevant de la profession en France.

L'autorisation d'exercice avec accès partiel définie par cette ordonnance renforce le rôle des ordres professionnels et garantit l'information des patients, protégeant ainsi la qualité des soins. Pour rendre une décision sur une demande d'accès partiel, l'autorité compétente devra prendre l'avis de l'ordre professionnel régional. Le professionnel de santé devra exercer sous le titre de l'État d'origine rédigé dans la langue de cet État et informer clairement les patients et les autres destinataires de ses services des actes qu'il est habilité à effectuer dans le champ de son activité professionnelle. Il convient de préciser que l'accès partiel n'est pas applicable aux professionnels qui remplissent les conditions requises pour bénéficier de la reconnaissance automatique de leurs qualifications professionnelles, notamment les médecins.

Si nous pouvons comprendre la crainte de certains personnels de santé et ordres professionnels, nous devons également être cohérents et pragmatiques.

Alors, chers collègues, pourquoi voter ce projet de loi en toute confiance ? Le Gouvernement s'est engagé à procéder à une concertation avec les représentants des professions disposant d'un ordre et le projet de décret sera soumis à l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales lors d'une prochaine séance. La rédaction des modalités et des décrets d'application fera l'objet d'une vigilance particulière. Le groupe soutient cette position et sera particulièrement attentif à son respect.

Toute demande devra recueillir l'avis des ordres professionnels dans un délai court ne dépassant pas quatre mois et l'évaluation des compétences des personnels dont l'activité partielle sera autorisée devra être régulière et pratiquée par des pairs expérimentés dès les premiers mois d'exercice. Ces conditions claires et indispensables, qui permettront d'éclairer les patients comme les professionnels de santé, donnent à ces articles tout leur sens. Aucun risque ne sera pris en matière de qualité et de sécurité des soins, et la France honorera ses engagements européens.

Ce projet de loi est un premier pas vers l'accueil dans notre pays des personnels de santé formés dans un autre État de l'Union européenne. Nous devons faire confiance à leur compétence, qui sera aussi synonyme de partage et d'apport pour nos personnels de santé. Ce projet est enfin une des solutions permettant de commencer à asseoir la délégation de compétence et de contribuer à lutter contre les déserts médicaux, car si la problématique affecte clairement les médecins, ces derniers s'appuient sur un réseau et un maillage de professionnels paramédicaux.

Puisque les compétences et l'évaluation sont au cœur de ce projet de loi, je vous invite à le voter. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe REM.*)

M. le président. La parole est à M. Alain Ramadier.

M. Alain Ramadier. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, nous examinons aujourd'hui le projet de loi ratifiant l'ordonnance du 19 janvier 2017 relative à la profession de physicien médical et à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé.

S'agissant de l'article 1^{er}, relatif à la profession de physicien médical, nous saluons la reconnaissance dans la loi de cette profession de santé. Il s'agit d'une avancée qui répond à une attente forte des acteurs concernés et à une double exigence de sécurité et de qualité des prises en charge des patients, double exigence que nous ne retrouvons pas, malheureusement, à l'article 2, relatif à l'accès partiel des ressortissants européens aux professions médicales et paramédicales. Cet article transpose dans le domaine de la santé une directive européenne de 2013 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Tous les ordres professionnels sont inquiets de la transposition dans notre droit de cette directive. L'accès partiel prévoit concrètement qu'un diplômé européen ne détenant pas le niveau de formation requis pour exercer pleinement une profession de santé en France pourra s'installer sur le territoire national pour n'exercer qu'une partie de celle-ci, et ce, alors que nous ne disposons d'aucun élément d'évaluation sur le nombre de professionnels susceptibles de formuler une demande en France ou sur la nature même des professions qui pourraient être concernées.

L'imprécision concernant ces professions installe un flou qui ne peut que les braquer. Il est vrai que cette mesure risque de créer des sous-professions qui ne pourront qu'aggraver la complexité de l'organisation des soins. Comment pourrions-nous contrôler qu'un professionnel exerçant en libéral n'outrepasse pas le champ des compétences partielles qui lui ont été reconnues pour exercer ?

Cette mesure révèle une vision mécaniste qui réduit toutes les branches de la médecine à une juxtaposition de compétences partielles, sans vue d'ensemble ni prise en compte des liaisons et interactions pouvant exister entre les différentes briques. C'est une façon de traiter les activités médicales comme une collection d'objets que l'on pourrait assembler et séparer à loisir. Une telle approche fait de la santé une marchandise parmi d'autres.

Comment ne pas voir que ces mesures feraient le jeu des plateformes, en organisant la balkanisation des professions médicales et en favorisant le recours à des intervenants prêts à accepter une position de subordination dès lors que celle-ci leur assurerait un minimum de chiffre d'affaires ? Comment ne pas comprendre qu'elles signeraient une nouvelle étape dans le démembrement de plusieurs professions et ouvriraient largement la voie à la banalisation de soins *low cost* ?

L'article 2 du présent projet de loi crée une insécurité sanitaire totale pour les patients, qui auront sans doute bien du mal à faire la différence entre des professionnels à exercice complet et des professionnels à exercice partiel. Le Haut Conseil des professions paramédicales ne s'y est pas trompé : il a rejeté ce texte à l'unanimité de ses membres.

Si cette directive est transposée en l'état, les professions paramédicales seront, de fait, en première ligne. Le séquençage des activités, que d'aucuns voient comme le prélude à une ubérisation de notre système de soins, créerait une multitude de professions intermédiaires mal définies, notamment entre celle d'aide-soignant et d'infirmier.

Mes chers collègues, mesurons bien les risques encourus. Les infirmiers français sont aujourd'hui obligés de détenir toutes les compétences inscrites au référentiel du diplôme d'État. À défaut, ils peuvent faire l'objet d'une procédure de contrôle de l'insuffisance professionnelle entraînant une suspension voire une interdiction d'exercer comme infirmier. Pourquoi les titulaires de diplômes étrangers échapperaient-ils à ce contrôle ?

Dans ce contexte, quel sens a encore la volonté d'intégrer la profession infirmière dans le processus licence-master-doctorat – LMD ? La ratification de la présente ordonnance va à l'encontre tant de l'élévation de la qualification des professionnels médicaux et paramédicaux dans le cadre européen LMD que du développement des coopérations interprofessionnelles.

Plusieurs difficultés pratiques sont aussi à pointer. D'abord, le surcoût potentiel pour la Sécurité sociale, si des patients se trouvent contraints de consulter deux professionnels au lieu d'un, compte tenu de la limitation des compétences du premier. Ensuite, l'effet d'aubaine pour les formateurs étrangers, alors que la formation des personnels médicaux et paramédicaux fait déjà l'objet d'un marché très disputé. Enfin, la question de la sécurité réellement garantie au patient, alors que des difficultés importantes sont d'ores et déjà constatées, s'agissant notamment de la compétence linguistique des professionnels.

Aujourd'hui, quatorze pays européens n'ont pas transposé cette directive. L'Allemagne a refusé de l'appliquer aux professions de santé. Il n'y avait donc ni obligation, ni urgence à utiliser la voie de l'ordonnance pour imposer un texte refusé par les professionnels et dangereux pour la population. Alors que la France se dirige vers un système d'autorisation encadrée, l'Allemagne opte pour une interdiction avec dérogations. La directive européenne de 2013 laisse place à cette alternative, puisqu'elle précise qu'« un État membre devrait être en mesure de refuser l'accès partiel. Cela peut être le cas, en particulier, pour les professions de santé ». L'argument principal du Gouvernement – « si on ne transpose pas maintenant, on risque de s'attirer les foudres de l'Europe » – ne tient donc pas. L'intérêt premier, c'est la sécurité des patients !

Il ne faut pas subir l'Europe. Cette manière de faire vivre le projet européen comme une somme de contraintes est tout à fait délétère, car le message envoyé à nos concitoyens est que nous n'avons pas le choix et que nous ne maîtrisons plus notre avenir. Cette façon de gouverner dans la peur d'éventuelles sanctions européennes doit nous amener à ouvrir le débat, et ce sera mon dernier point, sur les surtranspositions des directives européennes.

Le concept de « surtransposition » s'entend comme la transposition d'une directive qui en étend les dispositions au-delà de ce qui est expressément prévu. Lorsqu'un texte prévoit qu'« un État membre devrait être en mesure de refuser l'accès partiel, notamment pour les professions de santé », pourquoi ne pas s'en tenir à une transposition minimale, comme l'a fait l'Allemagne, ne serait-ce que par précaution ? Je rappelle que les commissions des affaires européennes de l'Assemblée nationale et du Sénat ont rendu des avis défavorables à l'accès partiel aux professions de santé.

C'est donc le respect même du principe de subsidiarité, cœur du projet européen, qui se joue ici. Je rappelle que l'article 88-6 de la Constitution stipule : « L'Assemblée nationale ou le Sénat peuvent émettre un avis motivé sur la conformité d'un projet d'acte législatif européen au principe de subsidiarité ». Cela signifie que nous autres, parlementaires, avons une marge de manœuvre par rapport aux actes législatifs européens, et que nous devons y veiller. Non, contrairement à ce que le Gouvernement laisse entendre, l'Europe ne nous oblige pas à désorganiser notre système de santé ! Notre responsabilité, comme celle du Gouvernement, consiste justement à ne pas se cacher derrière l'Europe pour assumer les décisions engageant l'avenir de la nation.

Mes chers collègues, veillons au principe de subsidiarité, pierre angulaire de la coopération européenne. Veillons à notre souveraineté. Veillons à la qualité et à la bonne organisation de notre système de santé. Parce qu'il est animé de ce souci, de ces soucis, le groupe Les Républicains votera contre ce texte.

M. Gilles Lurton. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, mes chers collègues, ce projet de loi vise à ratifier deux ordonnances prises sur le fondement de l'article 216 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. La première ordonnance reconnaît la profession de médecin généraliste comme profession de santé ; elle définit le cadre général des missions du médecin généraliste, dont le contenu sera précisé par décret en Conseil d'État. La reconnaissance du métier de radiophysicien comme profession de santé contribue à favoriser la qualité et la sécurité des soins. C'est pourquoi le groupe MODEM et apparentés soutient ces dispositions. Cette première ordonnance est bien accueillie par la profession. Consensuelle, elle a d'ailleurs été adoptée conforme par le Sénat.

La seconde ordonnance, par contre, présente des évolutions que les représentants des professions de santé jugent préoccupantes. Elle introduit une procédure de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens dans le cadre de la transposition de la directive 2013/55/UE.

Il s'agit de transposer en droit interne trois dispositifs nouveaux. Le premier est la carte professionnelle européenne, qui permet à un ressortissant d'un autre État membre de l'Union européenne ou de l'espace économique européen d'obtenir l'équivalence de sa formation ou de son expérience, afin de pouvoir exercer sa profession en France, dans le cadre de la liberté d'établissement ou de la libre prestation de service.

Le second est le mécanisme d'alerte, qui a pour objectif de favoriser la diffusion, à l'échelle européenne, de signalements de professionnels de santé qui n'auraient pas le droit d'exercer dans leur pays d'origine.

Le troisième et dernier dispositif est l'accès partiel, qui autorise des professionnels de santé à bénéficier de la mobilité dans un autre État membre, en étant autorisés à y exercer seulement certaines tâches.

Ces règles sont valables pour les professionnels qui s'installent comme pour ceux qui fournissent, de manière temporaire ou occasionnelle, des services. Elles concernent autant les professions médicales que paramédicales – c'est ce dernier point qui suscite l'inquiétude de certains professionnels de santé.

Notre pays a déjà été rappelé à l'ordre à deux reprises, par deux avis motivés. Depuis le 18 janvier 2016, nous sommes sous la menace d'un recours en manquement formé par la Commission européenne.

Les dispositions relatives à l'accès partiel pourraient cependant avoir des conséquences directes sur l'organisation de notre système de soins. On cite souvent l'exemple d'une sage-femme croate, moins bien formée que son homologue française, qui pourrait être autorisée à pratiquer un accouchement en France. L'accès partiel peut donc comporter un risque de dépréciation de la qualité et de la sécurité des soins, qui susciterait de la méfiance et de la confusion chez les patients.

Madame la ministre, lors de votre audition par la commission des affaires sociales, vous nous avez apporté plusieurs précisions visant à nous rassurer quant à ces risques. Vous avez affirmé que vous seriez particulièrement vigilante sur aux conditions de déploiement de l'accès partiel au sein de notre système de santé, et qu'il serait possible d'en appeler à la raison impérieuse d'intérêt général, comme le permet la directive, si l'autorisation d'un professionnel à l'accès partiel faisait courir un risque à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Vous avez également précisé que les ordres professionnels seraient systématiquement consultés sur toute demande d'accès partiel. Enfin, vous avez indiqué que le texte de l'ordonnance prévoyait l'établissement par les ordres d'une liste des activités que les demandeurs seraient autorisés à effectuer et ouvrirait la voie à un contrôle *a posteriori*.

Le problème qui se pose porte sur le niveau de transposition de la directive. Les ordonnances la transposent-elles à la lettre ? La surtransposent-elles ? La sous-transposent-elles ? Nous pourrions en discuter pendant des heures. Cependant, dans quelques semaines, notre assemblée examinera le projet de loi sur le droit à l'erreur, qui prévoit d'interdire purement et simplement la surtransposition des directives européennes dans le droit national. À cette occasion, nous discuterons probablement de ce que signifient les termes de « transposition », « surtransposition » et « sous-transposition ».

Nous avons lu avec attention le décret d'application publié le 3 novembre dernier ainsi que les arrêtés du 9 décembre, qui nous paraissent effectivement apporter beaucoup de garanties nécessaires. Le décret prévoit que l'accès partiel devra tenir compte de plusieurs conditions importantes, telles que l'identification des actes et du champ d'exercice ou la description de l'intégration des actes dans le processus de soins et de leur incidence sur la continuité de la prise en charge.

Toutefois, des améliorations auraient encore été possibles. Ainsi, il est prévu de demander l'avis des ordres, mais cet avis sera seulement consultatif. Nous avons déposé en commission un amendement visant à rendre cet avis conforme ; il n'a pas été adopté et nous le regrettons.

Compte tenu des garanties apportées, le groupe du Mouvement démocrate et apparentés votera ce texte. Cependant, il demande au Gouvernement de mettre en place une mission de contrôle sur l'accès partiel permettant de suivre et d'évaluer ces dispositions, afin de garantir à nos concitoyens que la qualité des soins et la sécurité des patients seront réellement préservées. (*Applaudissements sur les bancs du groupe MODEM et sur plusieurs bancs du groupe REM.*)

M. le président. La parole est à M. Philippe Gomès.

M. Philippe Gomès. Monsieur le président, madame la ministre, madame la rapporteure, mes chers collègues, le projet de loi que nous examinons ce soir vise à ratifier deux ordonnances dans des délais très contraints, voire précipités. Nous le regrettons, même si nous comprenons la nécessité de mettre rapidement notre pays en conformité avec le droit européen.

Comme l'avait souligné mon collègue Francis Vercamer lors de l'examen du texte par la commission des affaires sociales, la transposition de ces ordonnances s'effectue à marche forcée puisque, depuis le 18 janvier 2016 – la date limite de transposition de la directive –, la France s'est exposée à deux avis motivés de la Commission européenne pour défaut de transposition.

Nous avons une position mitigée sur ce texte, dont certaines dispositions vont dans le bon sens tandis que d'autres auront un impact très négatif sur notre système de soins.

Nous saluons d'abord les dispositions introduites par l'ordonnance relative à la profession de physicien médical, ratifiée par l'article 1^{er} du projet de loi. Le dispositif prévu par l'ordonnance permettra de reconnaître la profession de physicien médical comme profession de santé.

Le cadre juridique actuel applicable aux physiciens médicaux était jusqu'à présent insuffisant, car il était cantonné au niveau réglementaire. Il était nécessaire de donner à la profession de physicien médical une base légale, d'autant plus qu'il s'agit d'une profession jeune, dont les effectifs sont en forte croissance depuis dix ans et dont l'importance dans le dispositif de soins est fondamentale pour la sécurité des actes. Cette reconnaissance était fortement attendue par les professionnels du secteur ainsi que par les agences sanitaires et l'Autorité de sûreté nucléaire, qui a souligné l'importance des missions de la profession « pour garantir la sécurité des procédures dans les services de radiothérapie ». Cette profession joue, en effet, un rôle indispensable pour sécuriser l'utilisation des applications médicales liées à la thérapie et à l'imagerie, s'agissant en particulier du contrôle des doses radioactives administrées aux patients.

Il s'agit enfin d'un enjeu majeur dans la lutte contre le cancer. À cet égard, il convient de souligner que la pleine reconnaissance de la profession de radiophysicien en tant que profession de santé est l'un des objectifs du Plan cancer 2014-2019 piloté par l'Institut national du cancer.

En revanche, nous sommes beaucoup plus réservés quant à l'article 2 de ce projet de loi, qui vise à ratifier l'ordonnance relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé.

Notre principal point de désaccord concerne la mise en place d'un nouveau dispositif d'accès partiel aux professions de santé, qui viendra s'ajouter aux procédures existantes, qu'il s'agisse de la reconnaissance automatique définie pour certaines professions par une directive de 2005 ou de l'accès autorisé à l'exercice d'une profession de santé après observations de mesures de compensation.

La procédure d'accès partiel repose sur une logique dérogatoire au mécanisme de reconnaissance des qualifications professionnelles, qui porte sur des professions identiques existant à la fois dans l'État d'origine ou de formation et dans l'État d'accueil. L'accès partiel concerne des activités, lorsque la profession à laquelle un professionnel de santé a été formé dans son pays d'origine ne trouve pas d'équivalent dans le pays d'accueil.

Lors de l'examen du projet de loi en première lecture, notre groupe avait déjà exprimé ses préoccupations face à cette mesure, qui nous paraît présenter un risque pour le bon fonctionnement de notre système de santé et pour la sécurité des patients. Nos collègues sénateurs avaient supprimé cette disposition, et nous regrettons qu'elle ait été réintroduite en commission des affaires sociales.

En l'état actuel, plusieurs aspects nous paraissent extrêmement préoccupants.

La mise en place de l'accès partiel constitue une réforme d'ampleur, à laquelle nous ne sommes pas prêts. Aujourd'hui, nous ne disposons d'aucun élément d'évaluation, ni sur le nombre de professionnels susceptibles de formuler une demande en France, ni sur la nature des professions qui seraient concernées.

Par ailleurs, cette réforme risque de désorganiser et d'entraîner une fragmentation des professions de santé. Comment sera-t-il possible, dans les hôpitaux, de faire fonctionner de manière efficace un service dont les personnels n'ont pas le même champ de compétences ?

La réforme risque également d'engendrer un surcoût pour la Sécurité sociale si des patients se trouvaient contraints de consulter deux professionnels de santé au lieu d'un, compte tenu de la limitation des compétences du premier.

Pour notre groupe, la mise en place de l'accès partiel présente donc un véritable risque de baisse de la qualité et de la sécurité des soins. Elle risque, de surcroît, d'entraîner, chez nos concitoyens, une perte de confiance dans la qualité des soins qui leur sont prodigués.

Par ailleurs, la directive permet à un État membre d'invoquer des raisons impérieuses d'intérêt général pour refuser l'accès partiel, en particulier si ce dernier a des effets négatifs en matière de santé publique ou de sécurité des patients. Il nous paraît donc inutile, voire dangereux, de transposer la directive à la lettre alors même qu'elle prévoit explicitement la possibilité de ne pas autoriser l'accès partiel aux professions de santé.

La France a choisi de transposer la directive à la lettre, prévoyant un régime d'autorisation encadré, sauf exception, alors que d'autres pays ont opté pour une interprétation différente du droit européen. Ainsi, l'Allemagne a mis en place un régime d'interdiction, sauf exception. Nous regrettons ce choix, d'autant plus que les autres mesures contenues dans l'ordonnance vont dans le bon sens – je pense notamment à l'introduction d'une carte professionnelle européenne visant à faciliter l'obtention d'une équivalence en matière de formation entre pays européens, ou à la création d'un dispositif d'alerte permettant de signaler les professionnels de santé qui n'auraient pas le droit d'exercer dans leur pays d'origine.

En raison de l'introduction de cette mesure d'accès partiel, notre groupe est défavorable à ce projet de loi, qui risque de dégrader la qualité de notre système de soins et de poser des problèmes de sécurité sanitaire. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

M. le président. La parole est à Mme Charlotte Lecocq.

Mme Charlotte Lecocq. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission des affaires sociales, madame la rapporteure, mes chers collègues, l'article 88-1 de notre Constitution dispose : « La République participe à l'Union européenne [...] ». La résolution visant à promouvoir les symboles de l'Union européenne, votée par notre assemblée le 27 novembre dernier, en est l'illustration symbolique ; la transposition des directives européennes en droit interne en est le corollaire concret. Plus qu'un simple principe juridique, l'obligation de conformité de notre droit interne au droit communautaire est ainsi le socle et le fondement de notre attachement à la construction européenne.

La ratification de ces deux ordonnances constitue donc non seulement une obligation morale pour la France dans sa participation à l'Union, mais aussi une obligation juridique impérieuse.

L'article 1^{er} du projet de loi, qui ratifie l'ordonnance relative à la profession de physicien médical, a été voté conforme par le Sénat. Après l'échec de la commission mixte paritaire du 5 décembre, il nous revient donc de statuer en nouvelle lecture sur l'article 2, qui vise, comme nous l'avons rappelé lors de nos débats en commission, à transposer la directive européenne du 20 novembre 2013, ce qui nous permettra de respecter nos engagements européens.

Si nous nous rejoignons souvent sur la nécessité de limiter la surtransposition du droit européen, il est étonnant que l'opposition soutienne ici le principe d'une sous-transposition, qui nous expose à un recours devant la Cour de justice de l'Union européenne et à une astreinte journalière de 53 000 euros.

Rappelons que cette directive elle-même traduit la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne depuis un arrêt du 27 juin 2013, dans lequel le juge européen a considéré qu'une interdiction d'exercer prononcée à l'encontre de professionnels qualifiés constituait une discrimination et une entrave à la liberté d'établissement, principe fondateur de la construction européenne et du marché unique. Le Conseil d'État a confirmé cette interprétation et l'impossibilité d'exclure *a priori* les professions de santé, comme l'a fait l'Allemagne.

Nous avons, du reste, entendu les inquiétudes exprimées, tout particulièrement sur la question de l'accès partiel aux professions paramédicales. Les décrets et arrêtés publiés ce mois devraient dissiper ces inquiétudes, tant les garanties à la sécurité des patients et à la protection de la santé publique y sont apportées.

Il ne semble pas inutile de le rappeler, ce sont bien des professionnels qualifiés qui pourront bénéficier d'un accès partiel à l'exercice de leur profession sur le territoire français. Et ce sont bien des accès partiels qui seront accordés, ce qui signifie qu'ils seront strictement limités à la compétence et à la qualification du demandeur.

Cette qualification sera bien garantie par la mise en place d'une carte professionnelle européenne et d'un mécanisme d'alerte au niveau communautaire, assurant l'information de chaque État membre lorsqu'un professionnel a été frappé d'une interdiction d'exercer.

Surtout, comme nous l'avons rappelé, chaque demande sera bien traitée au cas par cas, avec l'exigence qui est de mise, compte tenu de l'importance des enjeux en termes de santé publique.

C'est en cela que réside tout l'équilibre de cette ordonnance : chaque ressortissant européen formé à l'étranger pourra effectuer une demande d'activité partielle sur le territoire français, permettant ainsi à notre pays de se prémunir de toute discrimination contraire au droit communautaire, mais les demandes pourront évidemment être refusées.

Les ordres des différentes professions seront largement impliqués. Leur avis sera obligatoire à chaque demande et, gage de qualité et d'exigence de la procédure, devra être rendu après un délai maximum de quatre mois. De plus, les compétences seront régulièrement évaluées par des pairs expérimentés dès les premiers mois d'exercice.

Gardons-nous toutefois de la facilité qui consiste à penser qu'une formation à l'étranger serait nécessairement et impérativement moins qualifiante et de moindre qualité : cette relation n'est en rien automatique.

Nous avons également entendu l'opposition s'émouvoir d'un risque de segmentation du secteur, en particulier au détriment des professionnels et des patients. Là aussi, les mesures réglementaires prises en application de cette ordonnance apportent les réponses adaptées : elles fixent des conditions strictes, dont l'obligation de description de l'intégration des actes dans le processus de soins et de leur incidence sur la continuité de la prise en charge.

Cette ordonnance contribue également, à son niveau, à l'objectif – très large et auquel nous sommes, je le sais, tous sensibles – de la lutte contre la désertification médicale. *(Applaudissements sur les bancs du groupe REM.)*

M. le président. La parole est à Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, madame la rapporteure, mes chers collègues, faute d'accord avec le Sénat, nous sommes amenés à nous prononcer à nouveau sur la ratification de l'ordonnance relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé.

Malgré ses aspects techniques, cette ordonnance pose deux vraies questions auxquelles nous devons répondre.

La première est, bien entendu, celle de notre capacité à tenir nos engagements vis-à-vis de nos partenaires européens. En effet, cette ordonnance est la transposition en droit interne de trois dispositifs mis en place par une directive européenne de 2013 : la carte professionnelle européenne, l'accès partiel et le mécanisme d'alerte.

Par ailleurs, elle introduit la procédure destinée à sécuriser et harmoniser la reconnaissance des qualifications des ressortissants européens pour les cinq métiers de l'appareillage et pour l'usage du titre de psychologue.

Enfin, sera supprimée la condition d'exercice de trois années imposée aux ressortissants de l'Union européenne pour l'accès à une formation de troisième cycle des études médicales ou pharmaceutiques en France.

Toutes ces mesures auraient déjà dû être mises en place. D'une part, à cause d'un défaut de transposition, la Commission européenne a décidé de saisir la Cour de justice de l'Union européenne d'un recours et, d'autre part, nous ne pouvons pas demander aux autres États membres de respecter des règles auxquelles nous ne nous soumettons pas.

Cette ordonnance pose une seconde question, à laquelle nous devons répondre et qui nous interroge dans un monde qui ne se limite pas à nos frontières : sans mésestimer l'inquiétude qu'elle a pu susciter chez les professionnels, les débats qui l'ont jusqu'à présent entourée font apparaître une défiance vis-à-vis de la qualification de nos voisins européens. À cet égard, il convient de ne pas être naïfs, mais il serait également dommageable de nous priver de compétences qui seraient bénéfiques à tous.

Pour ce qui est de la question qui a suscité le plus de débats, à savoir l'accès partiel, l'autorisation d'exercer est encadrée par des conditions très strictes et un examen au cas par cas des demandes, qui pourront, si la situation le nécessite, être refusées pour un motif impérieux d'intérêt général tenant à la protection de la santé publique.

Sont ainsi prévues trois conditions pour bénéficier de l'accès partiel à une profession – je n'y reviendrai pas, car elles ont été détaillées tout à l'heure par Mme la ministre.

Ces conditions étant remplies, la délivrance d'une autorisation d'exercer ne saurait se faire sans les acteurs concernés. Le processus d'examen des dossiers des demandeurs

comprendra l'expression d'un avis par chaque commission compétente, ainsi que par l'ordre compétent pour les professions qui en possèdent un.

Le Gouvernement, par un travail approfondi avec les ordres, a établi des critères d'exigence élevés, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'information des professionnels et des usagers du système de santé. Puisque nous avons les garanties nécessaires quant à la sécurité des patients et à la qualité de la qualification, nous pouvons nous satisfaire de cette ordonnance, qui permettra d'enrichir notre pays de professionnels dont nous pourrions manquer.

Vous l'aurez compris, je ne suis pas choquée par le dispositif d'accès partiel à l'exercice d'une profession. Il me conduit même à m'interroger sur la possibilité d'ouvrir, en France, certaines professions à des qualifications partielles qui ne seraient pas des « sous-diplômes » mais qui répondraient à des demandes ultra-spécialisées ou spécifiques.

Cette ordonnance est aussi motivée par le droit à la libre circulation des ressortissants européens. À titre personnel, j'ai essayé de me mettre dans la situation d'un professionnel souhaitant exercer dans un autre pays européen : pleinement qualifiée dans mon pays, je ne comprendrais pas qu'on puisse m'interdire d'exercer, considérant que ma formation est complète et suffisante dans mon pays d'origine.

Cette ordonnance va donc dans le sens de la liberté et de la mobilité des travailleurs européens, tout en garantissant la sécurité des patients. Elle interroge et ouvre une réflexion nécessaire sur l'opportunité de modules communs de formation et d'une harmonisation des enseignements des professions de santé au sein de l'Europe.

Je vous invite donc à voter sa ratification. *(Applaudissements sur les bancs du groupe REM.)*

M. le président. La discussion générale est close.

DISCUSSION DES ARTICLES

M. le président. J'appelle maintenant, dans le texte de la commission, l'article 2 du projet de loi.

Article 2

(L'article 2 est adopté.)

VOTE SUR L'ENSEMBLE

M. le président. Je ne suis saisi d'aucune demande d'explication de vote.

Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi.

(Le projet de loi est adopté.)

, *(Applaudissements sur les bancs du groupe REM.)*

4

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, demain, à neuf heures trente :

Questions orales sans débat.

La séance est levée.

(La séance est levée, le mardi 19 décembre 2017, à zéro heure vingt.)

*La Directrice du service du compte rendu de
la séance de l'Assemblée nationale*

CATHERINE JOLY