

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

188^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du mercredi 20 mars 2019

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. HUGUES RENSON

1. Organisation et transformation du système de santé (p. 2771)

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 2771)

Suspension et reprise de la séance (p. 2771)

Après l'article 5 *bis* (p. 2771)

Amendement n° 1992

Amendement n°s, 2084, 2083, 2082 et 2081 (sous-amendement)

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Rappel au règlement (p. 2773)

Mme Caroline Fiat

M. le président

Après l'article 5 *bis* (*suite*) (p. 2773)

Amendements n°s 343, 1371

Rappel au règlement (p. 2775)

M. Jean-Carles Grelier

Après l'article 5 *bis* (*suite*) (p. 2775)

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

Amendement n° 1094

Amendements n°s 480, 844, 1095, 1098, 1096

Amendements n°s 93, 656, 657, 58, 702, 759, 741, 1281

Suspension et reprise de la séance (p. 2782)

Rappel au règlement (p. 2782)

M. Sébastien Jumel

M. le président

Après l'article 5 *bis* (*suite*) (p. 2783)

Amendements n°s 1278 rectifié, 1279 rectifié, 1283, 1451

Amendements n°s 375, 452, 986, 733

Amendements n°s 407, 704, 1155, 1289, 1320, 1459, 1311

Amendements n°s 1769, 769

Suspension et reprise de la séance (p. 2790)

Rappels au règlement (p. 2790)

M. Gilles Lurton

M. le président

M. Philippe Gosselin

M. le président

Après l'article 5 *bis* (*suite*) (p. 2791)

Amendements n°s 351 et 1128, 2073 (sous-amendement), 653, 2074 rectifié (sous-amendement), 652, 1542, 1541

Rappel au règlement (p. 2793)

M. Thierry Benoit

M. le président

Après l'article 5 *bis* (*suite*) (p. 2793)

Amendements n°s 655, 729, 933, 654, 1677, 1266

M. le président

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 2801)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. HUGUES RENSON

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

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

1

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion d'un projet de loi

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

DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

M. le président. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles du projet de loi, s'arrêtant à l'amendement n^o 1992 portant article additionnel après l'article 5 *bis*.

La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Je demande une suspension de séance, monsieur le président. *(Exclamations sur plusieurs bancs des groupes LR et UDI-Agir.)*

M. Thierry Benoit. Pour quel motif? Nous n'avons pas encore commencé les débats!

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt et une heures trente, est reprise à vingt et une heures trente-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Après l'article 5 *bis*

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 1992, qui fait l'objet de quatre sous-amendements, n^{os} 2084, 2083, 2082 et 2081.

La parole est à M. Julien Borowczyk, pour soutenir l'amendement.

M. Julien Borowczyk. Avant de défendre cet amendement du groupe La République en marche, permettez-moi de remercier le docteur Janowiak, président du conseil départemental de la Loire de l'Ordre des médecins, qui nous a glissé quelques conseils.

La rédaction d'un certificat de décès est une obligation administrative, qui doit être précédée d'un examen du patient décédé permettant d'identifier les circonstances du décès. Cet acte engage la responsabilité et l'expertise du médecin qui l'a établi car, aux termes de la loi, « l'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu de ce certificat établi par un médecin attestant le décès ». Au-delà de l'aspect administratif, le volet médical du certificat de décès précise les circonstances du décès et permet de contribuer à l'alerte sanitaire, de hiérarchiser les priorités de santé publique et de mettre en évidence des facteurs de variation nationale et internationale. Il comporte donc un enjeu sanitaire majeur.

Depuis plusieurs années, la rédaction des certificats de décès se heurte à un nombre croissant de difficultés techniques et administratives, aggravées par la raréfaction de la ressource médicale. À l'hôpital, les internes sont souvent sollicités pour constater le décès, la signature de l'acte étant obligatoirement réalisée par le médecin.

Après la réforme en cours des études de médecine, le troisième cycle sera découpé en trois phases. Dans la deuxième phase du cycle, dite phase d'approfondissement, les internes seront compétents pour certifier un décès dès lors que le maître de stage validera cette capacité. Dès le début de la troisième phase, dite phase de consolidation, l'interne, appelé « docteur junior », sera en capacité de certifier et de signer les certificats de décès. Le Conseil national de l'Ordre des médecins en sera informé et inscrira l'interne au RPPS – le répertoire partagé des professionnels de santé – dans un tableau spécial, afin de l'identifier dans l'application CertDc et d'assurer la traçabilité de ses actes.

Par ailleurs, dans un certain nombre de zones sous-dotées, les familles sont confrontées au manque de médecins et à des délais d'attente intolérables avant d'obtenir un certificat de décès. Les familles, les maires et les forces de l'ordre se retrouvent alors dans des situations inacceptables, notamment sur le plan humain. Pour résoudre ces difficultés, il est proposé de faire appel à des médecins retraités pour établir des certificats de décès dans les zones où le manque de médecins ne permet pas d'accomplir cette formalité dans des délais décentes. Ces médecins retraités, qui devront être inscrits au conseil départemental de l'Ordre des médecins, seront évidemment rémunérés pour ces actes. Ils seront volontaires et figureront sur une liste de volontaires afin d'être identifiés rapidement. Ils bénéficieront, pour la rémunération perçue à ce titre, du régime applicable au cumul emploi-retraite des médecins en zone sous-dense, que nous renforçons justement dans le cadre du plan d'accès aux soins. Cette rémunération ne donnera donc pas lieu au versement de cotisations sociales.

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour soutenir ses sous-amendements n^{os} 2084, 2083, 2082 et 2081, et pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n^o 1992.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales. Sous réserve de l'adoption de mes sous-amendements rédactionnels, je donne un avis favorable à l'amendement défendu par M. Borowczyk.

M. le président. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement et les sous-amendements.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous savons que l'établissement des certificats de décès pose des problèmes sur les territoires, essentiellement lorsque le décès survient à domicile _ dans les établissements de santé, un médecin est évidemment toujours disponible.

Un dispositif mis en place en 2017 est en train de monter en puissance rapidement : il consiste à rémunérer les médecins pour les déplacements effectués en vue d'établir un certificat de décès. Ce n'était pas le cas jusqu'alors : les médecins ne voyaient pas leurs déplacements remboursés par la sécurité sociale et étaient donc souvent payés de la main à la main par les familles. Désormais, les médecins reçoivent 100 euros, soit l'équivalent de quatre consultations, pour un aller-retour correspondant à une heure de trajet. Compte tenu de cette rémunération, les médecins sont davantage incités à se déplacer.

Par cet amendement n^o 1992, vous souhaitez élargir ce dispositif aux internes et aux médecins retraités. C'est une bonne idée, je crois. Les médecins retraités résidant dans les villages peuvent se déplacer mais ne souhaitent pas le faire aujourd'hui car ils paieraient des cotisations. Si nous les exonérons de cotisations sur ces 100 euros, ces visites pourraient les intéresser. Les internes seront également très intéressés par ce dispositif, ce qui augmentera considérablement le nombre de médecins susceptibles de se déplacer au domicile des patients.

Je souhaite rappeler que le certificat de décès n'est pas une formalité : c'est non pas un constat de décès mais un certificat médical visant notamment à vérifier l'absence de maladies infectieuses et d'obstacles médico-légaux _ des violences, par exemple _ à la mise en bière.

En outre, la certification de décès fait l'objet d'un enseignement spécifique en faculté de médecine et même d'un item spécifique de l'examen classant national : les étudiants apprennent à rédiger des certificats de décès et à bien identifier les causes de la mort.

Enfin, ces certificats nourrissent une base de données nationale, gérée par l'INSERM _ l'Institut national de la santé et de la recherche médicale _, qui recense les causes de décès en France et constitue un outil épidémiologique majeur pour la surveillance des causes de décès dans notre pays. Nous en avons donc absolument besoin pour mener des politiques de santé publique.

Je le répète, nous ne pouvons pas réduire l'établissement d'un certificat de décès au seul constat d'un décès, dont nous avons tout à fait conscience qu'il pourrait être effectué par d'autres professionnels. Je tiens réellement à ce que cela reste un acte médical, comme dans tous les pays du monde. Je suis donc favorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Thierry Benoit.

M. Thierry Benoit. Je salue notre collègue Borowczyk, qui vient de lire son amendement, et surtout je m'incline devant le président du conseil départemental de la Loire de l'Ordre des médecins et le remercie pour les bons conseils qu'il nous prodigue, sans pour autant se comporter en lobbyiste... (*Sourires. _ M. Joël Aviragnet applaudit.*)

Permettez-moi de faire un autre trait d'humour. J'observe qu'un certain nombre de députés sont à la fois députés et médecins. Cela m'a donné l'idée de déposer un sous-amendement. J'ai entendu que, dans la famille de Jean-Pierre Door, on faisait des centaines, puisqu'en trois siècles se sont succédé trois générations de médecins. Je trouve cela merveilleux ! Nous pourrions interdire le cumul de la fonction de député et de la profession de médecin, afin que ceux de nos collègues médecins retournent exercer sur nos territoires, où ils seront les bienvenus ! (*Rires et applaudissements sur divers bancs.*)

M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales. Ce n'est pas très confraternel...

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Merci, cher collègue Benoit, de penser à ma santé.

M. Thierry Benoit. Longue vie à vous !

M. Jean-Pierre Door. Vous ne voulez pas que nous puissions cumuler la profession de médecin et la fonction de député, mais c'est le suffrage universel qui décide, respectons-le.

M. Thierry Benoit. C'était une boutade !

M. Jean-Pierre Door. Je vous rappelle, madame la ministre, qu'un rapport a été remis, il y a deux ou trois ans, sur la permanence des soins ambulatoires, et toutes les personnes auditionnées avaient témoigné de l'existence d'un problème majeur avec les certificats de décès. Beaucoup de maires, beaucoup d'élus savent qu'il est difficile de trouver un médecin pour aller constater le décès et signer l'acte de décès tant il est vrai que les médecins sont surchargés et vous disent qu'ils viendront le lendemain ou le surlendemain. Or il est terrible, pour une famille, de devoir conserver le corps d'un proche dans une pièce du logement.

Si vous vous souvenez, nous avons évoqué ce point en marge de l'examen du texte en commission, et repris l'idée de recourir à des médecins retraités, des internes de l'hôpital local, s'il y en a un, ou encore à d'autres personnes comme des médecins salariés d'une entreprise, pour aller au domicile d'un défunt _ ou dans la rue _ y établir le constat de décès, grâce à quoi les services des pompes funèbres ou les pompiers peuvent emporter le corps.

C'est une bonne idée, et il est vrai que l'acte à 100 euros permettrait probablement de récompenser ce travail. Reste, et nous en revenons toujours à cela, la question de la CARMF _ la Caisse autonome de retraite des médecins de France _, qui ne se justifie plus dès l'instant où l'on est retraité. Nous avons par conséquent demandé à plusieurs reprises que les médecins considérés en soient exonérés.

Quoi qu'il en soit, vous vous engagez ici à accomplir un grand progrès et nous soutiendrons bien entendu cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous ne pouvons que voter pour cet amendement, en espérant que, dans les zones sous-denses, de nombreux médecins retraités auront envie de jouer le jeu.

Selon vous, madame la ministre, concernant les internes, il n'y aurait pas trop de problèmes dans les établissements de santé. Or, dans les EHPAD, les MAS et les IME – les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les maisons d'accueil spécialisées et les instituts médico-éducatifs –, comme il n'y a pas de médecins, la nuit et les week-ends, on ne peut pas régler le problème. Je tenais à le préciser car il ne faudrait pas faire croire à une situation qui n'existe pas.

Ensuite, nous aimerions connaître, une fois le texte entré en vigueur, le nombre de médecins retraités qui souhaitent jouer le jeu, car je ne sais pas s'il y a eu des discussions avec eux.

M. le président. La parole est à Mme Ericka Bareigts.

Mme Ericka Bareigts. Nous revenons ici sur une proposition, défendue en commission des affaires sociales, touchant à un sujet douloureux sur chacun de nos territoires connaissant les difficultés énoncées. Nous avons lancé une pétition – je vous l'ai signalé, madame la ministre –, qui a recueilli en quelques jours plus de 18 000 signatures, afin qu'on évite d'ajouter de la souffrance à la souffrance quand, par exemple, survient un décès à vingt heures et qu'un médecin ne vient que le lendemain à dix heures pour établir le certificat. Sans compter que cette situation présente des risques sanitaires.

Vous reprenez à votre compte une proposition formulée au nom du groupe majoritaire et dont je suis très insatisfaite pour deux raisons.

D'abord, vous proposez que des étudiants en cours de troisième cycle puissent rédiger un certificat de décès. Notre collègue élue en Martinique indiquait tout à l'heure qu'il n'y a pas de troisième cycle en Martinique. Même si quelques étudiants y retournent après avoir accompli leur troisième cycle ailleurs, nous n'en connaissons pas la répartition sur les territoires. Aussi, pouvons-nous disposer de données, en la matière, pour chaque territoire ?

Ensuite, vous proposez que les certificats de décès puissent être établis par des médecins à la retraite. Depuis plus d'une semaine, nous avons eu tout un débat sur le manque de médecins et donc sur le fait que ceux qui exercent sont surchargés. Et vous voudriez qu'une fois à la retraite, ils viennent rédiger des certificats de décès à pas d'heure, de jour comme de nuit ? Franchement, je ne crois pas du tout à leur disponibilité, donc je doute que votre proposition répondra aux besoins. On trouvera certes toujours des médecins à la retraite disponibles, madame la ministre, mais pas autant que nécessaire.

Et je suis très déçue car votre réponse,...

M. le président. Je vous remercie, chère collègue.

Mme Ericka Bareigts. ...qui est bien en deçà de ce que nous espérions étant donné la souffrance des familles. *(Mme Sereine Mauborgne applaudit.)*

(Les sous-amendements n^{os} 2084, 2083, 2082 et 2081, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'amendement n^o 1992, sous-amendé, est adopté; en conséquence, les amendements n^{os} 332, 1775, 1890 et 1246 tombent, de même que le sous-amendement n^o 2067.) (Protestations sur divers bancs.)

Rappel au règlement

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour un rappel au règlement.

Mme Caroline Fiat. Mon intervention, fondée sur l'article 58, alinéa 1^{er}, du règlement, vise à la bonne compréhension de nos débats. Je souhaite en effet une explication sur le fait que plusieurs amendements viennent de tomber. Celui, sous-amendé, qui vient d'être adopté permet aux médecins retraités d'établir des certificats de décès, alors que les suivants prévoyaient cette possibilité pour les infirmières. Dès lors, je le répète, pourquoi ces derniers sont-ils tombés ?

M. le président. Il s'agit d'une chute mécanique, madame Fiat, liée à l'adoption de l'amendement n^o 1992, sous-amendé, qui modifie le premier alinéa de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales. Les amendements portant sur les mêmes alinéas n'ont donc plus lieu d'être discutés.

Après l'article 5 bis (suite)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 343 et 1371, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Sereine Mauborgne, pour soutenir l'amendement n^o 343.

Mme Sereine Mauborgne. Cet amendement de repli vise à élargir le nombre des personnes habilitées à établir un certificat de décès.

Il faut bien comprendre que, dans les déserts médicaux, même les morts attendent le médecin. Je vais vous donner deux exemples qui datent de moins d'un mois. Dans le petit village de Pignan, après qu'une personne décédée à son domicile a été trouvée par son aide-ménagère, un samedi après-midi, il a fallu attendre dix-huit heures pour qu'un médecin vienne rédiger le certificat de décès; pendant tout ce temps, on a planté deux gendarmes devant le domicile. Le second exemple concerne quelqu'un décédé un dimanche soir, pour lequel il a fallu attendre le lundi midi – c'était un 15 août – et, par 40 degrés, le corps est resté parmi la famille, sans réfrigération, sans intervention des pompes funèbres.

Nous vous proposons par conséquent, avec cet amendement, de procéder à une expérimentation. Et nous accepterions que vous le sous-amendiez, en prévoyant l'établissement d'un simple constat de décès, qui serait la première étape avant la rédaction d'un certificat en bonne et due forme par un médecin, afin que les pompes funèbres libèrent les familles des corps. En 2019, il n'est pas admissible qu'on laisse un corps à domicile par 40 degrés dans une zone rurale. *(Applaudissements sur les bancs des groupes SOC, FI, GDR et LT ainsi que sur de nombreux bancs du groupe LaREM, LR et MODEM.)*

M. le président. La parole est à Mme Annie Chapelier, pour soutenir l'amendement n^o 1371.

Mme Annie Chapelier. Il faut bien comprendre qu'il ne s'agit pas ici de vouloir élargir les compétences des infirmières sur un acte purement médical. Les médecins doivent certes soigner les vivants avant tout et répondre aux urgences, mais mesure-t-on bien le choc psychologique pour les familles et les soignants qui ne peuvent prononcer le deuil ni accomplir les premiers gestes de respect envers une dépouille ?

Il me semble essentiel de l'exprimer, ce soir, et d'ajouter à ce qu'a déjà dit notre collègue Mauborgne : il importe pour une fois, ici, pour nous qui sommes vivants, de parler de la mort. Nous avons tous droit à une dignité de traitement après la mort. Or l'inégalité territoriale d'accès aux soins persiste même après la mort. C'est inadmissible à notre époque. On dit que la société est dans le déni de la mort, lequel s'exprime aussi, peut-être, par ce refus d'avoir le courage de prendre des mesures allant peut-être à l'encontre de la déontologie médicale mais qui permettraient, je le répète, de conférer la dignité due à la prise en charge des personnes décédées. La conservation des corps doit être effective rapidement et, pour cela, il faut que quelqu'un vienne rapidement pour établir un constat de décès avant qu'éventuellement ne soit rédigé un certificat.

J'avoue ne pas comprendre, moi non plus, la « chute mécanique » des précédents amendements. Parmi eux s'en trouvait un déposé par Mme Vaucouleurs, des plus intéressants puisqu'il proposait que les infirmiers puissent, à titre expérimental, dans un délai de six heures, établir un certificat de décès. Ne pouvez-vous, madame la ministre, essayer d'aménager un dispositif ou tout au moins nous donner une réponse...

M. le président. Merci, chère collègue.

Mme Annie Chapelier. Je termine, monsieur le président !

M. le président. Madame Chapelier, vous disposez de deux minutes, comme tous les autres orateurs. Concluez.

Mme Annie Chapelier. Je conclus. Je souhaite qu'il devienne possible, à titre expérimental, dès lors qu'un médecin déclare ne pouvoir se déplacer au bout d'un certain délai, de déléguer à une infirmière la possibilité non pas d'établir un certificat mais un constat de décès, lequel permettrait de mettre en place la conservation du corps et de prévenir la famille. Dans un second temps, le médecin, quand il le pourrait,...

M. le président. Merci, madame Chapelier. (*M. le président coupe le micro de Mme Annie Chapelier, applaudie par les députés des groupes LaREM et SOC.*)

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Les situations décrites sont tragiques et ne peuvent laisser indifférents. Ces amendements visent à transférer des compétences ou du moins à déléguer des tâches, mais sans que soit précisé le mode de financement des mesures proposées. Il m'est donc difficile de donner un avis favorable. (*Soupirs sur plusieurs bancs des groupes LaREM et SOC.*)

M. Guillaume Garot. Oh ! Non mais franchement ! Vous nous aviez habitués à mieux, madame la rapporteure !

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je sais sincèrement l'émoi provoqué par certaines situations auxquelles vous avez pu être confrontés. J'ai bien entendu les exemples qui ont été donnés. Une telle réalité ne doit toutefois pas masquer la difficulté que présentent ces deux amendements. Et la réalité que vous décrivez n'est pas non plus une généralité.

Mme Annie Chapelier. Si !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il n'y a pas des milliers de corps, en France, qui attendent pendant des jours que soit établi un certificat de décès. Nous sommes plutôt face à des situations particulières, dramatiques, et auxquelles nous répondons ici en donnant la possibilité aux internes et aux médecins retraités de se déplacer pour rédiger un tel certificat.

Ensuite, les deux amendements que nous examinons ici, en particulier le vôtre, madame Chapelier, visent à permettre aux infirmiers de délivrer un certificat de décès. Or ce n'est pas possible : un infirmier peut dresser un constat mais le certificat doit être établi par un médecin.

Vous proposez en outre qu'il soit rédigé au cas où les médecins ne se déplaceraient pas au bout de six heures. Or vous savez pertinemment que si votre amendement passe, plus jamais aucun médecin n'acceptera de se déplacer...

M. Joël Aviragnet. De toute façon, il n'y en a pas !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ...c'est un infirmier ou une infirmière qui sera systématiquement envoyé. (*Exclamations sur les bancs du groupe LaREM.*) Autrement dit, la constatation du décès ne sera plus concomitante avec l'établissement du certificat de décès par le médecin. Cela signifie que des corps seront transportés et mis en bière sans qu'un médecin les ait vus, donc sans qu'il ait pu établir s'il y avait un obstacle médico-légal à la mise en bière, ou au contraire, en cas de maladie infectieuse, s'il y avait une obligation de mise en bière dans un cercueil en plomb.

M. Julien Borowczyk. La ministre a raison !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le traitement spécifique de certains décès, par exemple en cas de maladies infectieuses, peut demander des connaissances particulières acquises et évaluées en faculté de médecine.

Aucun médecin ne remplira jamais un certificat sans avoir vu le mort. (*Exclamations sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel. Ça, c'est sûr ! Et alors ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. La pratique proposée abolirait notre système national de surveillance épidémiologique des causes de décès.

Pour répondre à la douleur dont vous venez de témoigner dans l'hémicycle, je propose que nous facilitions, à l'article 19 ter, l'accès à des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Ils ont été créés par l'article 51 de la loi HPST _ portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires _ mais le dispositif était très compliqué et il fonctionnait mal. À l'article 19 ter, nous proposons une simplification des protocoles de coopération nationaux ou régionaux. Dans des situations particulières, sur certains territoires, dans des collectifs comme des maisons de santé pluriprofessionnelles, des communautés profession-

nelles territoriales de santé _ CPTS _ ou des EHPAD, ce dispositif devrait permettre de traiter un sujet auquel sont particulièrement confrontés.

En revanche, je le répète, adopter vos amendements, qui auraient force de loi au niveau national, reviendrait à tuer non seulement le déplacement des médecins pour établir les certificats de décès, mais aussi la surveillance nationale des causes de décès. Nous prendrions une très grosse responsabilité. C'est pour cela que je suis défavorable à ces amendements. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

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

Mme Delphine Bagarry. Madame la ministre, dans les statistiques dont vous nous parliez, pourquoi ne pas dissocier le constat de décès et le certificat de décès? Les certificats, qui établissent la cause et l'horaire du décès, peuvent être rédigés par le médecin traitant, lequel connaît généralement bien son patient.

Vous craigniez que les amendements ne reviennent à « tuer le déplacement des médecins ». Il me semble quand même que c'est mal connaître le travail que le médecin traitant effectue au quotidien. Je suis médecin de campagne, et lorsque l'un de mes patients décède, je me déplace en personne, même si je ne suis pas de garde _ à condition d'être présente dans ma région, évidemment _ pour constater le décès et accompagner la famille, car cela fait partie de mon travail! Je ne pense pas que l'adoption des amendements empêcherait le médecin de se déplacer.

Vous avez évoqué les protocoles de coopération. C'est exactement ce qui correspond à l'esprit du projet de loi : faire confiance aux acteurs, aux compétences de chacun, mais aussi aux organisations que ceux-ci peuvent mettre en place. Je pense par exemple que, dans le cadre des accompagnements de fin de vie, en particulier à domicile _ dispositif qui se multiplie _, le constat de décès peut parfaitement être établi par une infirmière; personnellement, je n'y vois pas d'inconvénient particulier. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Rappel au règlement

M. le président. La parole est à M. Jean-Carles Grelier, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Carles Grelier. Il se fonde sur l'article 58, alinéa 1^{er}, du règlement.

Je veux inviter chacune et chacun de nos collègues à se souvenir que nous sommes les représentants de la nation rassemblés en Assemblée nationale. Nous ne sommes pas d'anciens médecins ou d'anciens infirmiers. Nous n'avons pas à nous interpellier en nous appelant « mon cher confrère » ni à faire état en permanence de notre propre expérience professionnelle. (*Applaudissements sur divers bancs.*)

M. Guillaume Garot. Très bien!

M. Jean-Carles Grelier. Je ne suis pas médecin, je ne suis pas professionnel de santé, mais j'aimerais aussi pouvoir prendre part au débat. (*Nouveaux applaudissements.*)

Mme Ericka Bareigts. Bravo!

M. Sébastien Jumel. Très bien!

M. le président. Il est pris bonne note de ce juste rappel au règlement.

Après l'article 5 bis (suite)

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Pas simple pour moi d'intervenir après ce rappel au règlement... (*Sourires.*)

Imaginons que certaines situations surviennent dans les EHPAD _ je ne parle pas pour moi, évidemment, mais un peu à tout le monde, car puisque nous représentons le peuple, nous devons aussi représenter les soignants en EHPAD... (*Sourires.*)

M. Thierry Benoit. Excellent!

Mme Caroline Fiat. Dans les EHPAD, des décès peuvent avoir lieu la nuit. Or, dans la plupart de ces établissements, il n'y a pas de chambre mortuaire. Lorsque les personnes entrent dans un EHPAD, on demande à la famille si elle veut être prévenue au moment du décès. Savez-vous quel traumatisme subissent les soignants qui, mois après mois, vivent tous ces décès? On en parle peu mais, pour eux, vivre tous les jours avec la mort est difficile. Voir le corps se dégrader parce qu'il n'y a pas de chambre mortuaire et que le médecin ne peut pas se déplacer quand on l'appelle, c'est difficile. Accepter de faire venir les familles six à huit heures après le décès dans ces conditions, alors que le corps est dégradé, c'est aussi une souffrance pour les personnels soignants.

Il faut donc trouver des solutions. Rien ne sera jamais parfait, mais ce n'est pas parce qu'une personne est décédée qu'on doit cesser les soins : la toilette mortuaire est encore un soin, il faut prendre cet élément en compte.

M. le président. La parole est à Mme Ericka Bareigts.

Mme Ericka Bareigts. Je trouve que les amendements dont nous débattons là constituent des propositions équilibrées. Nous abordons ce sujet en empruntant une voie essentielle : celle de la dignité. Nos deux collègues nous ont parlé de la dignité des familles qui préparent leur proche à la mort et entrent ainsi dans le cheminement du deuil. Dans ce contexte, différencier le constat et le certificat de décès me paraît être une très bonne solution.

Madame la ministre, vous faites un procès d'intention aux médecins alors que l'on entend parler que de confiance _ « faites-nous confiance », « nous sommes en confiance », « les professionnels savent ce qu'ils ont à faire », dites-vous toujours. Si l'on fait la différence entre le constat de décès et le certificat de décès, et que les familles préparent le corps de leur proche, pourquoi voulez-vous que le médecin décide soudainement de ne plus assumer ses fonctions, de ne pas faire son métier? Cette solution permet pourtant d'associer la dignité du défunt et le professionnalisme du médecin. Je ne comprends pas votre position, madame la ministre.

Ces propositions équilibrées devraient donner lieu à une expérimentation, susceptibles de faire l'objet d'un bilan ultérieur. Cela nous permettrait d'obtenir des réponses très claires aux questions que nous nous posons.

S'il vous plaît, répondons aux familles! Elles nous écoutent! Nous vous répétons que des milliers de personnes ont été concernées et ont connu cette souffrance! Il ne s'agit pas d'un ou deux cas! La réponse ne peut être apportée par le

recours à des stagiaires ou à des médecins à la retraite ; cela ne tient pas la route ! (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes SOC, LaREM et UDI-Agir.*)

M. le président. La parole est à Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Moi, je ne suis pas médecin...

M. Sébastien Jumel. Moi, je ne suis pas malade !

Mme Justine Benin. ...et je n'appartiens pas du tout au corps médical. Je représente cependant des hommes et des femmes d'un territoire archipélagique : la Guadeloupe. Comme vous le savez, madame la ministre, lorsque l'on habite l'île de la Désirade, on ne trouve pas de médecin à moins d'une heure de bateau ou de vingt minutes d'avion. Avec la directrice générale de l'ARS, l'agence régionale de santé, nous avons tout tenté, pour attirer des médecins, nous avons rédigé des appels à candidatures, mais le médecin qui s'est proposé n'est jamais resté plus de quinze jours.

En commission des affaires sociales, nous avons longuement débattu de la question des certificats de décès, sujet ô combien important qui touche à la dignité de la personne. Vous nous aviez annoncé que vous nous proposeriez quelque chose en séance. C'est la raison pour laquelle, avec Mme Michelle de Vaucouleurs, nous avons travaillé à la rédaction d'un amendement.

J'avoue que je ne comprends pas pourquoi il est tombé mécaniquement. Il visait à permettre que les infirmières établissent des certificats de décès, à titre expérimental, sur des territoires devenus des déserts médicaux. Mme de Vaucouleurs voulait soutenir un sous-amendement précisant le caractère provisoire de ces certificats de décès.

Madame la ministre, vous proposez que les personnels de santé puissent trouver, dans le cadre de l'application de l'article 19 *ter* du projet de loi, les voies et les moyens d'agir dans le cadre de CPTS, je l'ai entendu. Nous vous faisons confiance et nous connaissons vos compétences et votre intégrité.

Néanmoins, il faut parfois graver les choses dans le marbre. Le moment me semble opportun pour donner un avis favorable aux amendements de M. Jacques et de Mme Chapelier, parce que les territoires comptent sur les infirmières. Trop souvent les morts restent en attente à leur domicile. Je le constate à la Désirade, à Anse-Bertrand, à Marie-Galante, mais je pense que c'est également le cas en Mayenne, dans la circonscription de ma collègue Géraldine Bannier.

M. le président. La parole est à M. Sébastien Jumel.

M. Sébastien Jumel. Le sujet est très sérieux. Peut-être serait-il d'ailleurs utile, madame la ministre, que nous disposions d'un diagnostic sur le nombre de cas recensés en France.

J'ai été confronté récemment à cette situation à Dieppe, ce qui m'a conduit à interpeller la préfète et l'ARS pour savoir comment régler au mieux ce type de situation, qui pose des questions de dignité et frappe souvent des familles socialement très fragilisées.

Je mesure à quel point vous êtes en danger sur ce sujet. En même temps, je trouve que vos arguments sont solides. Je souhaite par conséquent soumettre une proposition qui mérite d'être étudié durant la période d'examen du texte. Lorsque la situation dont nous parlons se présente, je propose

que les maires, officiers de police judiciaire, dans le cadre de leurs prérogatives _ ils endossent déjà une grosse responsabilité en matière d'internement d'office en cas de danger pour soi-même ou autrui _, aient le pouvoir de réquisitionner un toubib, à partir d'une liste établie par l'ARS.

Cela répond à vos préoccupations d'éviter l'absence d'un médecin au moment du constat du décès. Je suggère de donner ce pouvoir aux maires et non aux préfets, car je crois que le maire, en tant qu'agent de l'État, est le plus à même de l'exercer, compte tenu de sa réactivité, de son humanité, de sa proximité et de sa connaissance des familles. Il me semble que cette solution répond à la fois à votre préoccupation légitime et sérieuse, madame la ministre, et aux aspirations tout aussi légitimes et pertinentes de nos collègues. Sans cette proposition de consensus, nous risquons d'apporter un remède pire que le mal. (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR et sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

M. Pierre Dharréville. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales.

M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales. Nous sommes tous confrontés un jour à ce difficile et très grave sujet, que l'on soit soignant ou non ; il fait appel à notre humanité et à notre dignité.

Je remercie nos collègues qui ont abordé cette question en commission. Dans les zones qui connaissent des difficultés en matière d'accès à la santé, nous sommes tous amenés à devoir la traiter. Élu d'un département rural, il s'agit de situations que j'ai eues à connaître.

Je pense qu'un grand pas en avant a été fait, depuis nos débats en commission, avec l'adoption, il y a quelques instants, de l'amendement qui permet à des internes et à des médecins retraités d'établir des certificats de décès. Je crois vraiment que l'adoption de l'amendement n° 1992 va dans le bon sens, qu'il permettra de résoudre de grandes difficultés.

J'entends la préoccupation exprimée dans les deux amendements dont nous discutons maintenant, mais il y aurait une solution efficace si les dispositions que notre assemblée vient d'adopter n'étaient pas suffisantes, ce dont je doute : ce seraient les protocoles de coopération entre soignants, prévus dans un amendement que j'ai proposé en commission et qui a été adopté. On simplifiera ainsi largement leur mise en place, ce qui permettra d'adapter le dispositif aux territoires en fonction des problématiques _ prépondérance ou non des EHPAD et de telle ou telle catégorie de professionnels de santé. J'ajoute que je soutiendrai, après l'article 19, un amendement visant à les simplifier encore plus. Je pense que les protocoles de coopération seraient la solution ultime pour les cas qui demeureraient non résolus. Mais peut-être Mme la ministre pourrait-elle nous préciser quels protocoles seraient susceptibles d'apporter une solution complémentaire.

Enfin, monsieur Jumel, la solution que vous proposez est déjà satisfaite car les préfets peuvent déjà intervenir dans le cadre de la permanence des soins. (*Exclamations sur les bancs du groupe GDR.*)

Mme Manuëla Kéclard-Mondésir. Ça ne marche pas !

Mme Huguette Bello. Nous proposons que cette responsabilité soit confiée aux maires !

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous sommes tous conscients, je crois, de la double difficulté, qui nous inquiète, vous comme moi : ...

M. Thibault Bazin. Vous, vous êtes surtout inquiète du vote de la majorité !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ...la difficulté des familles face à un décès, avec un corps qui attend dans une chambre ; et puis le danger qu'il y aurait à détricoter un système répandu partout à travers le monde, celui de la délivrance des certificats de décès par les médecins, qui ne serait plus alors réalisé dans notre pays de cette façon.

Premièrement, nous proposons d'élargir le droit de délivrance du certificat à beaucoup d'autres professionnels _ médecins retraités et internes _, soit plusieurs milliers de professionnels supplémentaires sur tout le territoire national, sachant qu'il y a aussi des internes outre-mer, par exemple dans les CHU de la Martinique ou de la Guadeloupe, madame Bareigts.

Mme Manuëla Kéclard-Mondésir. Mais ils sont débordés !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il y a aussi des médecins retraités sur place.

Deuxièmement, l'article 19 ter va simplifier les protocoles de coopération à la fois au niveau national et au niveau régional. Je pense à ce qu'a dit Mme Benin à propos de la Désirade : il est vrai que certains territoires sont extrêmement éloignés, et que 100 euros ne suffiront pas à motiver un médecin à prendre l'avion ou le bateau pour constater un décès. J'entends donc qu'on puisse éventuellement proposer un protocole de coopération prévoyant le télésoin, le constat, la discussion avec l'infirmière, dans le cadre d'une CPTS régionale ou d'une maison de santé pluriprofessionnelle travaillant avec des infirmiers et des infirmières de la Désirade. Voilà le cas typique de ce qui pourra faire l'objet d'un protocole de coopération régionale. J'imagine aussi d'autres cas d'application d'un protocole : par exemple, dans des EHPAD éloignées, en plein désert médical, les médecins coordinateurs pourraient voir quelles sont les personnes âgées susceptibles de décéder à brève échéance, et préparer avec les infirmiers, dans le cadre d'un protocole de coopération...

M. Joël Aviragnet. Il n'y a pas de médecins coordinateurs !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Mais si, monsieur Aviragnet. On peut donc imaginer ce même type de protocole, avec du télésoin, dans un EHPAD.

Les deux amendements proposés seraient au contraire de portée nationale, ils couvriraient tout le territoire.

Mme Annie Chapelier. Vous pouvez le sous-amender, madame la ministre !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Mais il s'imposerait partout, madame Chapelier.

Je préfère qu'on réserve des dispositions particulières à des territoires particuliers, dans le cadre de protocoles, pour ne pas définitivement mettre à mal le système de surveillance des décès de notre pays, qui est aussi, je le souligne, un système de surveillance épidémiologique majeur. Il me semble plus raisonnable de « protocoliser ».

Et puis, si cela ne fonctionne pas, je me permets de vous rappeler, mesdames, messieurs les députés, qu'un PLFSS permettra chaque année d'en tirer les conséquences. Le Gouvernement pourrait rédiger un rapport pour évaluer, d'ici à six mois, le fonctionnement du dispositif, après quoi, dès le prochain PLFSS, vous pourrez proposer de nouveaux amendements _ puisqu'un acte infirmier donnera forcément lieu à une dépense budgétée, comme nous en avons prévue pour les médecins qui se déplacent _ pour revenir sur le dispositif s'il ne marche pas.

Pourquoi y aller brutalement plutôt que par étapes ? Nous proposons de « protocoliser » dans les zones où c'est possible, au niveau régional ou au niveau national.

M. Sébastien Jumel. Et ma proposition ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. La proposition de M. Jumel est intéressante car les préfets ont en effet le droit de réquisitionner, mais cela leur est rarement demandé. S'agissant des maires, il faudra que mes services vérifient si c'est faisable juridiquement, et nous pourrions alors l'introduire par voie d'amendement lors de l'examen du texte au Sénat. Je trouve que ce serait une bonne idée.

Par conséquent, trois dispositifs permettront d'améliorer la situation. Mon ministère peut rédiger un rapport d'ici à six mois pour voir si les choses ont bougé. De votre côté, vous pouvez toujours revenir sur le sujet lors de l'examen du PLFSS. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

M. le président. Je considère, mes chers collègues, que l'Assemblée est suffisamment éclairée. (*Protestations sur divers bancs.*)

Mme Annie Chapelier et M. Gilles Lurton. Mais non !

(*Les amendements n° 343 et 1371, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)(*Quelques députés du groupe LaREM quittent ostensiblement l'hémicycle.*)

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n° 1094.

Mme Josiane Corneloup. Il a été proposé par mon collègue Damien Abad, et je l'ai cosigné au regard de sa pertinence.

L'accès aux soins sur tout le territoire est une priorité légitime pour nos concitoyens. Afin de réduire le risque de désertification médicale dans les zones rurales, l'article 44 quinquies du code général des impôts prévoit l'exonération d'imposition des bénéfices pour les médecins s'installant en zone de revitalisation rurale. Cette exonération, qui arrivait à son terme au 31 décembre 2015, a été prorogée jusqu'au 31 décembre 2020. Le dispositif vise à garantir un accès aux soins dans nos campagnes. Toutefois, il ne s'applique qu'aux seules installations de médecin en statut libéral. Or les hôpitaux implantés dans les zones de revitalisation rurale ont besoin de personnels médicaux salariés.

Aussi, afin de lutter contre la désertification médicale et d'encourager les médecins à venir s'installer en zone rurale pour exercer à l'hôpital, il convient de leur appliquer un dispositif similaire. Cet amendement propose d'encourager l'installation de praticiens hospitaliers en zones de revitalisation rurale en les faisant bénéficier des mêmes avantages que les médecins libéraux.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Elle est défavorable car il existe déjà quantité d'aides incitatives. Il serait d'ailleurs intéressant d'en avoir une évaluation exhaustive, mais vous pouvez, ma chère collègue, en trouver la liste.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'amendement propose d'exonérer les professionnels de santé salariés dans les zones de revitalisation rurale. Celles-ci ont certes un objectif de développement économique qui peut intéresser les médecins libéraux, mais ne présente évidemment aucune utilité pour les médecins salariés. Cela n'aurait pour eux pas de sens parce qu'il ne leur apporterait aucune plus-value. À défaut d'un retrait, l'avis serait défavorable.

M. le président. La parole est à M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Un certain nombre de collègues marcheurs sont parties. J'espère qu'ils reviendront tout de même parce que la santé ne s'arrête pas au débat mortel précédent... Le sujet est certes important, mais le dispositif retenu est déjà important et nous avons encore d'autres sujets à examiner.

On ne peut pas être à la fois attaché, comme nous le sommes, à la liberté d'installation et ne pas regarder en face le besoin de nouvelles mesures pour inciter encore davantage les médecins à s'installer sur les territoires qui en manquent. C'est pourquoi nous proposons différents dispositifs qui mériteraient d'être étudiés, dont celui-ci. Je suis d'accord avec vous, madame la rapporteure : il en existe déjà beaucoup. Mais la réalité montre qu'ils ne sont pas suffisants, même en ZRR. Certes, il y a peu d'établissements en ZRR, beaucoup ayant déjà fermé, mais on constate des vacances de postes alors que les médecins ne sont pas encouragés à y aller, même en tant que salariés.

Nous souhaitons donc que soient au moins expérimentés d'autres dispositifs pour vraiment les inciter. Certains jeunes médecins se sont installés dans des zones qu'ils n'auraient pas envisagées s'ils n'y avaient été incités. Des dispositifs existants marchent bien mais ils ne sont pas suffisants ; il convient d'aller au-delà.

(L'amendement n° 1094 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, n° 480, 844 et 1095.

La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 480.

Mme Isabelle Valentin. Cet amendement, proposé par mon collègue Fabrice Brun, vise à lutter contre les zones médicales sous-dotées en créant des zones franches médicales prioritaires dans des périmètres définis par les ARS en fonction des zones démographiques sous-denses, zones franches où s'appliqueraient des exonérations sociales et fiscales aux médecins généralistes et spécialistes. Ce dispositif incitatif permettrait de garantir l'accès de tous aux soins médicaux.

M. le président. La parole est à M. Alain Ramadier, pour soutenir l'amendement n° 844.

M. Alain Ramadier. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Guillaume Larrivé, pour soutenir l'amendement n° 1095.

M. Guillaume Larrivé. Défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements identiques ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'avis, là aussi, est défavorable. Monsieur Bazin, je rappelle que les auditions que nous avons menées et les sondages sur les moyens d'améliorer l'attractivité des zones défavorisées médicalement sous-denses montrent que l'incitation financière n'est pas l'élément saillant ; il est bien moins important que l'accompagnement et que toutes les autres mesures dont nous avons parlé ce matin – je pense aussi aux mesures applicables pendant les études, comme le contrat d'engagement de service public. Ajoutez à tout cela des mesures qui créeraient de nouvelles niches fiscales n'est pas une bonne solution.

(Les amendements identiques n° 480, 844 et 1095, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n° 1098.

Mme Josiane Corneloup. Il s'agit d'adapter des projets territoriaux de santé dans lesquels les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les autres professionnels de santé bénéficieront d'une exonération de l'impôt sur les bénéfices pendant les sept années suivant leur installation.

(L'amendement n° 1098, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n° 1096.

Mme Josiane Corneloup. Il est défendu.

(L'amendement n° 1096, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements, n° 93, 656, 657, 58, 702, 759 et 741 pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 93 et 656, d'une part, et n° 58, 702 et 759, d'autre part, sont identiques.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 93.

M. Bernard Perrut. Si l'on veut vraiment lutter contre la désertification médicale, si l'on veut agir afin d'assurer un accès aux soins égal sur tous les territoires, il faut bien évidemment s'en donner les moyens. Notre discussion passionnée montre d'ailleurs combien le sujet est important.

Mon amendement vise à permettre aux médecins retraités de continuer d'exercer en zones sous-denses, qu'ils s'y trouvent déjà ou qu'ils soient prêts, demeurant dans la ville voisine, à venir y travailler. Ce serait bien évidemment dans l'intérêt des patients et pour un libre et égal accès aux soins, des notions fondamentales. Il devient impératif de trouver des solutions, et j'introduis ici dans la discussion cette proposition d'exonération sociale et fiscale pour les médecins retraités. Une telle mesure est nécessaire pour promouvoir ce maintien d'activité. C'est l'intérêt de mon amendement que de poser la question très clairement : comment inciter des médecins qui ont pris leur retraite à quitter la ville pour venir en milieu rural, reprendre leur activité dans leur ancienne zone ou dans une zone voisine ?

M. Alain Ramadier. Il a raison !

M. Thibault Bazin. Tout à fait d'accord !

M. le président. Sur l'amendement n° 93, je suis saisi par le groupe Les Républicains d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Jérôme Nury, pour soutenir l'amendement n° 656.

M. Jérôme Nury. Je soutiendrai en même temps l'amendement n° 657.

M. le président. Je vous en prie, mon cher collègue.

M. Jérôme Nury. Ils visent à encourager les médecins retraités à poursuivre, à temps partiel, leur engagement au service des territoires et des patients. Les médecins, c'est connu, ont souvent un attachement viscéral à leur métier, qu'ils vivent comme un sacerdoce, ainsi qu'à leurs patients. Leur permettre de ne pas interrompre brutalement leur activité en les encourageant à continuer à soigner à temps partiel peut être intéressant dans les zones tendues. Il serait possible de les employer dans le cadre de la télé-médecine ou par l'intermédiaire de la médecine libérale simplifiée, qui est actuellement expérimentée dans l'Orne, ou encore en leur faisant épauler pendant quelques mois un jeune médecin. Il s'agit donc d'encourager le cumul emploi-retraite de manière encadrée, en exonérant les médecins retraités des cotisations sociales et des cotisations retraite.

M. le président. La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 58.

M. Bernard Perrut. L'effet du dispositif du cumul emploi-retraite sur la répartition territoriale des médecins est souvent nul ou au moins insuffisant. Loin d'aider les zones sous-dotées, il bénéficie souvent en priorité aux médecins installés en zones surdotées. C'est pourquoi le présent amendement vise à renforcer le bénéfice du cumul emploi-retraite pour les territoires sous-dotés, qui en ont le plus besoin.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 702.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Fabien Di Filippo, pour soutenir l'amendement n° 759.

M. Fabien Di Filippo. Il faut en effet des incitations pour que les médecins trouvent un intérêt à revenir sur nos territoires. À ce titre, les allègements fiscaux et le cumul emploi-retraite sont des solutions très importantes mais qui demeurent insuffisantes _ comme je l'ai dit tout à l'heure à Mme la ministre, qui ne m'a d'ailleurs pas répondu. Nous n'avons jamais eu autant de médecins mais ils n'ont jamais été aussi mal répartis. Vous préférez les incitations à la contrainte : le présent amendement va dans ce sens.

M. le président. Sur l'amendement n° 741, je suis saisi par le groupe UDI, Agir et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir cet amendement.

M. Philippe Vigier. Il n'est pas neuf car il faisait partie des vingt-quatre propositions de la commission d'enquête parlementaire sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire, laquelle avait entraîné une adhésion générale. Je le rappelle à toutes fins utiles.

Il vise à encourager les médecins retraités qui acceptent de consacrer du temps à une patientèle. La désertification médicale va s'accroître, notamment lors des dix prochaines années, vous le savez parfaitement, madame la ministre. Et les mesures concernant le numerus clausus, loin d'apporter une solution rapide à ce problème, ne porteront leurs fruits que dans dix ans. Aussi l'encouragement fort que nous pourrions donner aux médecins acceptant de travailler au-delà de l'âge légal de la retraite ou souhaitant, alors qu'ils sont retraités, reprendre leur activité, serait extrêmement important pour nos territoires.

Madame la ministre, vous avez déjà relevé les seuils d'exonération de charges sociales. J'ajoute que vous pouvez prendre les dispositions que nous préconisons pour une seule année, par exemple 2019, et revenir sur cette décision en 2020 si d'aventure la situation s'améliore. De même, vous pourrez poursuivre la mise en œuvre de ce dispositif en 2020 et l'abroger en 2021 s'il n'est alors plus nécessaire. Cette exonération totale, en effet, n'est pas prévue pour un temps prédéterminé ; il serait possible que vous la décidiez chaque année en connaissance de cause, en informant le Parlement.

Il s'agit là de l'une des quatre mesures, parfaitement connues, qui permettraient de donner une réponse solide aux difficultés d'accès aux soins sur tout le territoire national.

M. Thierry Benoit. Très bien !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements en discussion commune ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. La commission les a repoussés. Je comprends toutefois l'objectif qu'ils poursuivent. J'ai d'ailleurs remis l'an passé à Mme la ministre un rapport préconisant que le seuil de cumul emploi-retraite soit relevé à 80 000 euros. Il me semble toutefois que ces dispositions relèvent davantage du niveau réglementaire que du niveau législatif. Aussi vais-je vous proposer de retirer ces amendements ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable. Je laisse du reste Mme la ministre répondre sur l'aspect réglementaire.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous avons déjà eu cette importante discussion deux fois dans le cadre de l'examen des PLFSS. Premièrement, je vous rappelle que, dans le PLFSS pour 2018, nous avons relevé le plafond de cumul emploi-retraite de 11 000 à 40 000 euros. Deuxièmement, durant la discussion sur le PLFSS pour 2019, lorsque le groupe LR a demandé que ce plafond soit de nouveau relevé, je leur ai répondu que j'attendais le rapport des délégués à l'accès aux soins, dont Thomas Mesnier fait partie. Or leur rapport a effectivement souligné la nécessité d'augmenter ce plafond. J'ai donc tenu compte de toutes vos remarques : un arrêté _ il s'agit de la voie réglementaire _ relevant le plafond de cumul emploi-retraite de 40 000 à 80 000 euros est prêt.

Peut-être aurons-nous de nouveau cette discussion lors de l'examen du prochain PLFSS, si les délégués jugent qu'il convient d'augmenter encore le plafond. Nous arrivons

cependant à des revenus de l'ordre de 7 000 euros nets par mois, qui, associés à une retraite, me semblent assez incitatifs pour les médecins.

Puisque je vous ai entendus et que j'ai agi en conséquence, je vous propose de retirer ces amendements. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

M. Alain Bruneel. Et si on n'est pas d'accord avec les mesures que vous prenez ?

M. Bernard Perrut. Je retire l'amendement n° 93.

(*L'amendement n° 93 est retiré.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Ce sujet a connu un long parcours puisque c'est en 2010 ou 2011 que nous avons déposé, dans cette même assemblée, l'amendement visant un cumul emploi-retraite avec exonération des cotisations retraites. Il y avait alors en France plus de 12 000 médecins retraités recensés – ils sont encore plus nombreux aujourd'hui –, dont 90 % se disaient prêts à reprendre une activité. Les retenait le fait d'avoir à payer la cotisation retraite alors qu'ils touchent une retraite et n'ont droit à aucun point. Cet amendement avait alors été rejeté. S'il fut par la suite adopté ici et au Sénat, ce ne fut que pour être ensuite enfoui au fond d'un tiroir d'où les gouvernements successifs ne l'ont plus fait sortir. Il revient aujourd'hui à l'ordre du jour parce qu'il nous faut offrir aux médecins une incitation nouvelle, afin que l'accès aux soins soit assuré sur les territoires les plus fragiles.

Vous avez pu voir récemment aux actualités un médecin généraliste de quatre-vingt-dix ou quatre-vingt-onze ans qui continue d'exercer et s'en déclare heureux, car il s'ennuie à rester chez lui. Tel est le problème des médecins retraités : ils ont envie de travailler, ils aiment leur métier ! (*Commentaires sur divers bancs.*)

M. Thibault Bazin. Travailler maintient en bonne santé !

M. Jean-Pierre Door. Il est nécessaire que le plafond de cumul emploi-retraite soit relevé, comme M. Mesnier vient de le dire et comme le préconise aussi son rapport. Madame la ministre, si vous confirmez que vous relevez à 80 000 euros le plafond de cette exonération, ce qui permettra d'assurer un revenu satisfaisant aux médecins qui exerceront soit à temps partiel soit à temps complet par intermittence, nous retirons nos amendements. Nous vous faisons confiance.

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Ces relèvements de plafond successifs vont finir par nous coûter cher en chauffage ! (*Sourires.*)

M. Sébastien Jumel. Bien vu !

M. Pierre Dharréville. Madame la ministre, si j'ai bien suivi ce que vous avez dit, le montant du plafond a été multiplié par quatre en 2018 et vous venez de nous annoncer une nouvelle multiplication par deux, qui vient s'ajouter à la précédente augmentation.

Je suis fort dubitatif quant aux effets de mesures de ce type. C'est d'ailleurs faire quelque peu injure aux médecins que de laisser penser que l'appât du gain serait le moteur les incitant à exercer dans des zones sous-denses pour y faire face aux besoins de santé. (*Applaudissements sur quelques bancs du*

groupe LaREM.) Je ne crois pas du tout à ce type de démarche : des dégrèvements existent déjà, pourquoi en ajouter ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR.*)

Puisque nous avons de l'argent à budgéter, je propose que cette somme, destinée à doubler les plafonds, serve à honorer d'autres dépenses de santé, par exemple le financement des centres de santé dans les zones en tension. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et FI ainsi que sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

M. le président. La parole est à Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Madame la ministre, je vais faire appel à votre bon sens et rappeler vos propos de tout à l'heure sur la constatation du décès par des infirmières.

Dans votre argumentaire, vous avez évoqué la situation de médecins retraités, qui ne demandent qu'à effectuer les actes en question. La reconnaissance d'un décès, je vous l'accorde, consiste aussi à constater qu'il n'y a pas de problème médico-légal afin de délivrer un permis d'inhumer. La responsabilité est donc aussi d'ordre légal.

L'amendement n° 1741 vise ainsi à ce que les médecins retraités puissent exercer une activité, entre autres pour constater les décès si les médecins sont en nombre insuffisant sur un territoire.

Votre proposition de relever le plafond à 80 000 euros peut être qualifiée d'honnête. Nous allons donc vous faire confiance et retirer cet amendement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Merci.

Mme Jeanine Dubié. Nous attendrons néanmoins que votre arrêté devienne effectif et nous nous réservons le droit de le déposer de nouveau en seconde lecture si votre engagement n'était pas tenu.

(*L'amendement n° 741 est retiré.*)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Comme vous l'avez noté, ce sujet est revenu régulièrement dans nos échanges au cours de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Le seuil de 80 000 euros peut nous satisfaire.

J'aurai toutefois deux questions.

L'amendement de notre collègue Jérôme Nury vise à exonérer ces médecins de l'ensemble des cotisations sociales. L'exonération prévue dans votre arrêté porte-t-elle sur la totalité des cotisations sociales ou sur les seules cotisations retraite ?

Par ailleurs, quand envisagez-vous de publier cet arrêté ? En conséquence, à quelle date le dispositif que vous proposez entrera-t-il en application ?

M. le président. La parole est à M. Paul-André Colombani.

M. Paul-André Colombani. Je souhaite juste fixer les choses. Le dispositif de départ représentait 11 000 euros ; la consultation étant à 25 euros, cela représentait à une vingtaine de jours à vingt patients par jour, ce qui était absolument inefficace. En relevant le seuil à 40 000 euros, vous doublez le nombre de jours. La mesure commence à devenir intéressante et promet d'avoir un effet sur les territoires.

Passer à 80 000 euros est très bien pour les médecins généralistes, qui vont être encouragés à travailler après l'âge de la retraite _ lors de l'examen du PLFSS, j'avais d'ailleurs déposé un amendement en ce sens, qui avait alors été jugé irrecevable. En revanche, j'ai des doutes en ce qui concerne les médecins spécialistes : le seuil de 80 000 euros suffira-t-il pour les amener à exercer en milieu rural ?

M. Gilles Lurton. Je retire l'amendement n° 702.

(L'amendement n° 702 est retiré.)

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

M. Alain Bruneel. Il s'agit d'un débat important. Nous discutons en effet toujours des moyens qui permettraient de pallier le manque de médecins dans les zones sous-dotées, en particulier dans la ruralité. Il y a quelques instants, on a dit que ce serait une bonne chose que les médecins retraités puissent être habilités à signer les déclarations de décès. On dit maintenant qu'il serait bon que les mêmes reprennent du service et de leur donner un plus peu d'argent. Je trouve que ce n'est pas comme cela qu'on doit réfléchir. La situation nous impose de déterminer comment faire pour offrir effectivement des services de soins aux citoyens dans les zones sous-dotées.

Ce qu'a proposé Pierre Dharréville me semble parfait : mettons plutôt, dans cette optique, de l'argent dans des centres de santé et prévoyons aussi des bourses pour que des étudiants en difficulté puissent entrer en faculté de médecine puissent. Voilà qui serait plus intéressant mais, à la place, nous sommes toujours en train de pallier les manques dans les zones sous-dotées. Nous n'avons pas fait autre chose la semaine dernière. Quand nous proposons l'établissement de conventions avec des étudiants en médecine pour qu'ils s'installent dans ces zones, on nous répond : « non, ce n'est pas possible ».

Nous voterons donc contre ces amendements.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Je serai très brève. Vu les propositions faites en vue de donner envie aux médecins de s'installer en zones sous-denses, et dans l'attente du rapport sur la dépendance et l'autonomie qui sera bientôt publié, les collègues siégeant sur tous les bancs seront évidemment d'accord pour exonérer tous les soignants, et ainsi revaloriser leur travail et leur donner envie d'aller dans les établissements manquant de personnel. *(Applaudissements sur quelques bancs des groupes GDR et LaREM.)*

M. le président. La parole est à M. Julien Borowczyk.

M. Julien Borowczyk. La proposition de Mme la ministre de relever le plafond est effectivement de bon sens.

Pour revenir sur ce que disait M. Dharréville, nous remontons le plafond mais nous nous attardons aussi sur les fondations.

M. Pierre Dharréville. Vous remontez le plafond mais vous baissez le chauffage !

M. Julien Borowczyk. Je prendrai deux cas dans ma circonscription, dans deux villages différents : deux médecins partis à la retraite n'avaient pas spécialement envie de poursuivre leur activité mais, grâce au système des médecins adjoints, que nous avons mis en place, on a pu permettre à des

étudiants de s'installer définitivement avant d'avoir achevé leur perfectionnement, terminé leur cursus et passe leur thèse.

Donc oui, nous relevons le plafond, c'est important...

M. Sébastien Jumel. Et vous baissez le chauffage !

M. Julien Borowczyk. ...mais nous nous occupons aussi des fondations _ nous faisons du « en même temps ». Nous nous occupons donc du renouvellement, parce que c'est important : avec le médecin adjoint, cela marche très bien. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.)*

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

M. Philippe Vigier. Très rapidement, je tiens à remercier la ministre de son écoute sur cette question. Je pense que nous avons avancé. Il faut regarder la situation chaque année et adapter le dispositif en conséquence.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je voulais d'abord remercier tous ceux qui ont retiré leur amendement et qui me font confiance.

L'arrêté est prêt _ il me reste à le signer _ et il sera évidemment publié avant le passage du projet de loi au Sénat.

Ce dispositif fonctionne puisqu'en sept ans, nous avons connu une multiplication par 2,7 du nombre de médecins utilisant le cumul emploi-retraite.

J'entends ce qu'a dit M. Dharréville mais il ne s'agit pas forcément d'appât du gain ; parfois, quand on travaille, on souhaite tout de même ne pas avoir à supporter un nombre trop important de dépenses associées.

M. Jean-Paul Dufrègne. C'est exactement ce que disent les gilets jaunes !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le dispositif exonère de versements à la CARMF, mais pas de la totalité des cotisations.

Par ailleurs, ce n'est pas simplement en construisant des centres de santé que l'on recrute des médecins, vous le savez bien. Quand bien même cet argent serait disponible, on doit susciter chez les médecins l'envie de travailler plus et d'avoir plus de temps médical à dédier. Il s'agit donc d'une mesure qui contribue à l'augmentation générale du temps médical.

M. le président. Monsieur Nury, retirez-vous l'amendement n° 656 ?

M. Jérôme Nury. Oui, puisque la proposition de Mme la ministre va dans le bon sens s'agissant à la fois des montants et du délai très court dans lequel cet arrêté, qui est attendu sur de nombreux territoires, va être publié. Je vous remercie, madame la ministre.

(L'amendement n° 656 est retiré.)

M. le président. Retirez-vous également l'amendement n° 657, monsieur Nury ?

M. Jérôme Nury. Oui.

(L'amendement n° 657 est retiré.)

M. le président. Et le n° 58, monsieur Perrut ?

M. Bernard Perrut. Je le maintiens.

M. le président. L'amendement n° 759 est également retiré.
(*L'amendement n° 759 est retiré.*)

(*L'amendement n° 58 n'est pas adopté.*)

M. le président. Sur l'amendement n° 1281, je suis saisi par le groupe UDI, Agir et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Paul Christophe, pour le soutenir.

M. Paul Christophe. Il s'agit d'un sujet cher à notre collègue Francis Vercamer, dont je me fais ce soir le porte-parole.

En dépit du haut niveau des dépenses de santé, les inégalités territoriales de santé restent profondément inscrites dans la réalité sanitaire de notre pays. Nous rappelons cette problématique de façon constante, en particulier lors de l'examen de chaque PLFSS. Les moyens mis en œuvre pour combler ces inégalités sont insuffisants. Ainsi, par exemple, la mortalité générale dans les Hauts-de-France est-elle supérieure de 20 % à celle constatée dans toute la France métropolitaine ; l'espérance de vie dans cette même région est en conséquence inférieure à celle relevée au niveau national. Ce n'est donc par un hasard si, au printemps 2018, l'Académie nationale de médecine s'est officiellement alarmée de ces inégalités. D'autres régions souffrent aussi d'inégalités en matière de santé au regard de la moyenne nationale.

Certes, des moyens sont mis en œuvre. Le fonds d'intervention régional, dont les missions ont été réorganisées en 2015, met à la disposition des ARS des crédits pour répondre aux spécificités des territoires. Mais force est de constater que ces crédits ne sont pas répartis en fonction d'indicateurs de santé comme les différences en matière d'espérance de vie.

Il est nécessaire de mobiliser l'ensemble du système de santé autour de l'objectif de réduction de ces inégalités territoriales, qui sont aussi des inégalités sociales. C'est la raison pour laquelle cet amendement propose d'en faire un véritable objectif de notre politique de santé.

M. Philippe Vigier. Très bon amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. M. Christophe demande que la stratégie nationale de santé « détermine les priorités de réduction des inégalités territoriales de santé ». Cet amendement est satisfait. Si vous consultez, sur le site du Gouvernement, les pages 32 et suivantes du fichier de présentation de cette stratégie, figurent les différents axes d'action. La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je tiens à prendre la parole car il s'agit évidemment d'une préoccupation forte sur les bancs de cet hémicycle. Il est en effet clairement spécifié, dans la stratégie nationale de santé, que celle-ci vise à réduire les inégalités à la fois sociales et territoriales d'accès à la santé.

Mme Marie-Noëlle Battistel. Avec quels moyens ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est un des axes forts de cette stratégie. Votre amendement étant satisfait, je vous propose de le retirer.

M. le président. Monsieur Christophe, le retirez-vous ?

M. Paul Christophe. Je vais le retirer au profit des suivants.

M. Sébastien Jumel. Je le reprends et je l'amende.

M. le président. L'amendement n° 1281 est repris par M. Jumel, mais ce sera sans débat.

M. Sébastien Jumel. Comment ça, sans débat ?

M. le président. Monsieur Jumel, vous connaissez notre règlement : lorsqu'un amendement est retiré puis repris, il est procédé directement au vote.

M. Pierre Dharréville. Suspension de séance !

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à vingt-deux heures cinquante-cinq, est reprise à vingt-trois heures.*)

M. le président. La séance est reprise. Comme il a été retiré, il n'y a plus lieu de procéder au scrutin public. (*Exclamations sur les bancs du groupe GDR.*)

M. Sébastien Jumel. Je demande un scrutin public sur l'amendement n° 1281 !

M. le président. Monsieur Jumel, vous qui connaissez si bien les règles de notre assemblée, vous savez qu'il n'est autorisé de demander un scrutin public sur un amendement qu'au moment où celui-ci est présenté.

(*L'amendement n° 1281 n'est pas adopté.*)(*Protestations sur les bancs du groupe GDR.*)

M. Sébastien Jumel. Rappel au règlement !

M. le président. Sur l'amendement n° 1278 rectifié, je suis saisi par le groupe UDI, Agir et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

M. Sébastien Jumel. Monsieur le président, j'ai demandé la parole pour un rappel au règlement !

Rappel au règlement

M. le président. Avant de passer la parole à M. Christophe sur cet amendement, la parole est donc à M. Jumel pour un rappel au règlement.

M. Sébastien Jumel. Je crois que vous avez compté trop vite, monsieur le président !

M. Thierry Benoît. Il faut recourir à l'arbitrage vidéo !

M. Sébastien Jumel. Je suis convaincu que vous avez compté trop vite et que l'amendement avait été adopté. En effet, aucun député présent ce soir ne peut s'opposer à ce que l'on inscrive dans la loi que l'État veille à la prise en considération des inégalités territoriales dans la mise en place de la politique publique de santé. Si des collègues votent contre, je souhaiterais qu'ils lèvent clairement la main.

M. Thierry Benoît. La main droite ! (*Sourires.*)

M. Sébastien Jumel. Je suis pour ma part convaincu que tout le monde a voté pour cet amendement. Je propose donc que nous procédions à un nouveau vote, éventuellement par assis et levé.

M. Thierry Benoit. Arbitrage vidéo ! (*M. Thierry Benoit joint le geste à la parole.*)

M. le président. Merci infiniment pour votre rappel au règlement, monsieur Jumel. Il en est pris bonne note. (*Exclamations sur les bancs du groupe GDR.*)

Je signale en passant que, dans le règlement, il est aussi précisé que les demandes de suspension de séance doivent être formulées sur la base d'une délégation...

Après l'article 5 bis (suite)

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 1278 rectifié.

M. Paul Christophe. Madame la ministre, je vous ai bien entendu indiquer que l'amendement précédent était satisfait et que le principe de réduction des inégalités territoriales, qui sont aussi des inégalités sociales, était déjà inscrit dans la stratégie nationale de santé.

Toutefois vous savez que mon collègue Francis Vercamer ne manque pas de ressources. C'est pourquoi il vous propose le présent amendement, qui vise à inscrire dans le texte le principe de la répartition équitable des moyens entre les régions pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Il s'agit là d'un outil technique. Vous savez que Francis Vercamer est favorable à l'établissement d'ORDAM, des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie ; avec cette proposition, on n'en est pas très loin.

Mme Ericka Bareigts et M. Philippe Vigier. Très bien !

M. Jean-Paul Dufègne. Excellent !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Sur le fond, on ne peut être que d'accord avec cette proposition.

Mme Marie-Noëlle Battistel. C'est toujours la même chose : on est d'accord sur le fond mais on refuse les amendements...

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Toutefois, l'amendement est satisfait par le troisième alinéa de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, selon lequel la politique de santé « tend à assurer [...] la réduction des inégalités sociales et territoriales ».

Mme Christine Pires Beaune. « Tend à assurer », cela ne signifie pas « assure » !

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable, donc.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. La péréquation existe déjà : c'est l'objet du fonds d'intervention régional, le FIR, qui assure une péréquation très importante – je n'entrerai pas dans le détail, parce que cela stigmatiserait certaines régions. Ce fonds prend en considération les inégalités territoriales, ainsi que les investissements réalisés dans les différentes régions...

M. Alain Bruneel. Ça, ce n'est pas sûr.

Mme Agnès Buzyn, ministre. ..._ là encore, je ne veux pas en dresser la liste _...

M. Jean-Paul Dufègne. Pourquoi ? Il y a des privilégiés ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. ...et les problèmes de précarité.

Pour le reste, je suis contre un ONDAM régionalisé ; je pense que ce ne serait pas une bonne méthode.

En revanche, je le répète, la péréquation entre départements et entre régions existe déjà. C'est aussi le cas pour le financement de la psychiatrie et pour de nombreux autres dispositifs. L'avis est donc défavorable.

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

M. Philippe Vigier. Il est vrai, madame la ministre, qu'il existe le FIR. Francis Vercamer n'est pas là, mais comme cela fait plus de dix ans que je l'entends défendre cette position, je parlerai pour lui. Régionaliser les fonds ou passer d'un ONDAM à des ORDAM, ce n'est pas tout à fait la même chose. Je ne nie pas que vous apportiez un certain nombre de réponses pour les territoires dans lesquels il y a des demandes spécifiques ou des besoins particuliers. Cependant, vu les disparités de prise en charge, il serait bon de mettre le paquet, de régionaliser et de faire évoluer l'ORDAM année après année, en fonction des corrections qu'on pourrait y apporter. Un peu comme dans l'amendement précédemment, il s'agit donc d'affiner la stratégie de santé et de la cibler davantage sur les territoires en difficulté.

M. le président. La parole est à M. Sébastien Jumel.

M. Sébastien Jumel. L'amendement, tel qu'il est rédigé, emporte notre adhésion.

En revanche, nous sommes en désaccord avec l'argumentaire qui vient d'être développé. Des ORDAM, c'est-à-dire des outils de péréquation à l'échelle régionale, dans les régions sous-dotées, cela reviendrait à déshabiller Pierre pour habiller Paul.

M. Alain Bruneel. Exactement !

M. Sébastien Jumel. À l'échelle de la Normandie, par exemple, c'est la quadrature du cercle pour dépouiller des hôpitaux déjà sous-dotés pour financer des établissements encore plus sous-dotés. À enveloppe constante, c'est une non-solution.

Madame la ministre, vous affirmez que les outils de péréquation existent déjà, mais il y a un domaine où ce n'est pas le cas : la psychiatrie.

Mme Ericka Bareigts. Absolument !

M. Sébastien Jumel. Alors qu'on dispose de photographies très précises des besoins en psychiatrie par territoire de santé, on note des inégalités exorbitantes s'agissant des dotations forfaitaires allouées à chacun d'entre eux en la matière. En Normandie, par exemple, cela va du simple au quadruple ! D'ailleurs, cela a conduit au mouvement des « perchés » et aux grèves de la faim à Saint-Étienne-du-Rouvray ; cela vous a conduit aussi à procéder à un léger rebasage au profit du territoire de santé de Dieppe, ce qui a été apprécié, même si l'effort n'est pas à la hauteur des besoins.

Pour ce qui est de la péréquation, il y a encore du pain sur la planche. On ne pourra améliorer les choses que si l'on augmente l'enveloppe globale.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. J'utiliserai l'argument avancé par M. Jumel pour expliquer pourquoi je suis contre l'amendement.

La psychiatrie est le seul secteur de soins financé par une enveloppe globale, la DAF _ dotation annuelle de financement _, dont la répartition entre les territoires de santé est effectuée par les ARS. Vous avez raison de souligner, monsieur Jumel, que d'un secteur de psychiatrie à l'autre, on passe d'une enveloppe de 100 euros à une enveloppe de 180 euros par an et par habitant, sans qu'il y ait de corrélation _ elle est même parfois négative _ avec le statut médico-social du secteur. Cela signifie _ je le dis malgré tout le respect que j'ai pour les ARS _ que c'est très compliqué. Il s'agit d'un argument qui va à l'encontre de l'établissement d'ORDAM et de la dénationalisation de la gestion du risque. Je crois qu'il faut que celle-ci continue à être assurée à l'échelle nationale, tout en étant accompagnée d'une réflexion territoriale menée par les ARS, mais surtout pas par l'intermédiaire d'ORDAM; en effet, je le répète, il n'y a pas plus inéquitable en termes de répartition des structures de soins, le secteur dans lequel on pratique ainsi en est la preuve.

M. Sylvain Maillard. Très bien!

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Oui, je le confirme, il existe déjà une péréquation, via le FIR et les investissements. En outre, je souligne que la création d'ORDAM voudrait dire que chaque région déterminerait les tarifs des soins libéraux. L'ONDAM, ce serait cela: on déterminerait les tarifs des soins et des séjours; chaque région disposerait de ses propres tarifs de soins, et je crains qu'on ne constate alors des disparités territoriales. Je pense par conséquent que c'est une mauvaise idée.

Concernant la psychiatrie, monsieur Jumel, vous avez raison: il y a eu énormément de disparités entre les secteurs. Toutefois, depuis deux ans, j'ai mis un point d'honneur à résoudre les problèmes de péréquation, et nous avons complètement modifié la donne. Nous sommes en train d'augmenter les dotations des régions, des départements et des établissements sous-dotés, et de modifier le mode de financement de la psychiatrie. J'ai ajouté 50 millions d'euros en fin d'année dernière et il y aura encore 100 millions d'euros supplémentaires pour la psychiatrie en 2019. Le retard est rattrapé _ du moins, c'est ce que j'essaie de faire de façon proactive depuis un an. Je pense donc que ce n'est pas un bon argument en faveur de l'amendement présenté par M. Vercamer et M. Christophe.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1278 rectifié.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin:

Nombre de votants	120
Nombre de suffrages exprimés	110
Majorité absolue	56
Pour l'adoption	44
contre	66

(L'amendement n° 1278 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 1279 rectifié.

M. Paul Christophe. Il tend à compléter les objectifs de la politique nationale de santé en mentionnant de façon explicite la nécessité de l'adéquation des moyens mis en œuvre sur les territoires avec les inégalités de santé qui y sont constatées, de manière à combler celles-ci dans des délais raisonnables.

M. le président. Quel est l'avis de la commission?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il est défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment.

(L'amendement n° 1279 rectifié, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 1283.

M. Paul Christophe. Il vise à inscrire la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé parmi les missions du Haut Conseil de la santé publique.

M. le président. Quel est l'avis de la commission?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Défavorable: outre les raisons mentionnées précédemment, le Haut Conseil de la santé publique est un organisme stratégique, non opérationnel.

(L'amendement n° 1283, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Delphine Bagarry, pour soutenir l'amendement n° 1451.

Mme Delphine Bagarry. L'objet de cet amendement est de réviser régulièrement les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante, délimitées par les ARS. Nous proposons une réévaluation tous les deux ans au moins. En effet, dans les zones peu peuplées comme les zones de montagne _ c'est le cas dans mon département, les Alpes-de-Haute-Provence _, le départ non remplacé d'un seul médecin peut faire basculer un bassin de vie d'une zone à l'autre, alors que, sur les territoires plus peuplés, cela ne se produit qu'après le départ de plusieurs médecins. Afin de prévenir de telles situations, qui peuvent créer des iniquités, nous proposons une révision régulière du zonage. *(Conciliabules sur les bancs du groupe LR.)*

M. le président. Mes chers collègues, merci d'écouter les orateurs; si vous souhaitez discuter, je vous invite à sortir.

Quel est l'avis de la commission?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il est défavorable car l'amendement est satisfait par l'arrêté relatif au zonage médical, qui peut être modifié sur saisine, quand on le souhaite.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le zonage est révisé au minimum tous les trois ans et au cas par cas. En outre, les directeurs généraux des ARS peuvent à tout moment le faire. Pour des raisons de stabilité et de lisibilité des offres incitatives, il me semble judicieux d'en rester là. Le Gouvernement est défavorable à un amendement qui réduirait la visibilité sur le long terme concernant les zones sous-denses.

M. le président. Maintenez-vous l'amendement, Mme Bagarry ?

Mme Delphine Bagarry. Oui, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Je trouve que c'est un bon amendement car, dans la pratique, cela ne se passe pas tout à fait comme vous le dites, madame la ministre. Il y a tellement de mouvements et de médecins qui partent à la retraite, actuellement ! Dans ma circonscription, par exemple, depuis un an et demi, plusieurs médecins sont partis ; pourtant, sur le site de l'ARS, il y a encore trois mois, ces départs n'étaient toujours pas pris en compte _ mais vous le savez très bien, madame la ministre, puisque je vous ai déjà interpellée à plusieurs reprises à ce sujet. Il me semble que, si l'on pouvait procéder régulièrement à une révision, cela permettrait d'évaluer plus précisément ce qui se passe réellement sur les territoires _ à moins qu'on ne le veuille pas et que l'on fasse comme s'il n'y avait pas de problème. Cela peut avoir des répercussions sur des enveloppes financières, ce qui rend le sujet extrêmement sensible. Nous soutiendrons donc cet amendement.

*(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n° 1451, mis aux voix par assis et levé, est adopté.)
(Applaudissements sur les bancs des groupes LR, SOC, GDR et LT.)*

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 375, 452 et 986.

La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz, pour soutenir l'amendement n° 375.

Mme Marie-Christine Dalloz. Il participe de la même logique que l'amendement précédent, pour lequel j'ai voté car il a du sens. Sur certains territoires, il faudra bien l'admettre un jour, l'application des critères conduit à une offre médicale restreinte, quand bien même la zone n'est pas sous-dense, compte tenu de l'étroitesse du bassin de population.

Je prendrai un exemple très simple. À Saint-Claude, trois chirurgiens-dentistes vont partir en l'espace de six mois : l'un pour maladie, un deuxième, dont le départ n'était pas programmé, pour cause de maladie aussi, et un troisième pour une retraite anticipée. Or ce secteur n'est nullement défini comme sous-doté ou en tension. Même si l'on écrit à l'ARS, qui donc nous donnera la perspective d'une révision ? J'ai bien entendu, madame la ministre, vos propos sur les élus locaux, que vous craignez. Mais, associés à des parlementaires au sein d'un collège, ils devraient pouvoir alerter l'ARS sur une révision du zonage lorsqu'un cas d'urgence est détecté, faute de quoi certains territoires basculent véritablement dans la désertification. Cela aussi contribue à la fracture territoriale.

M. le président. La parole est à M. Vincent Rolland, pour soutenir l'amendement n° 452.

M. Vincent Rolland. Il s'agit, à travers cet amendement, de donner aux élus locaux la possibilité de s'exprimer sur le zonage. De fait, ils sont souvent, avec les professionnels de santé, aux avant-postes face aux difficultés rencontrées par nos concitoyens pour trouver un médecin. C'est pourquoi il me semble utile de les associer à la réflexion, avant que les ARS ne fixent les zones.

M. le président. La parole est à M. Julien Dive, pour soutenir l'amendement n° 986.

M. Julien Dive. Il est défendu, avec les mêmes arguments.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements identiques ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Les collectivités territoriales, associées aux CRSA _ les conférences régionales de santé et de l'autonomie _, participent déjà au projet régional de santé. Il ne me semble donc pas opportun de satisfaire, à cet endroit du texte, à la demande ici formulée.

Toutefois, nous aurons à débattre, à l'article 7, d'un amendement de nos collègues du MODEM, aux termes duquel le directeur de l'ARS est tenu de rencontrer les élus une fois par an.

Mme Isabelle Valentin. Les élus le rencontrent déjà !

M. Gilles Lurton. Eh oui, c'est déjà le cas !

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cela me paraît une solution plus judicieuse, dès lors que les collectivités territoriales sont déjà associées à la réflexion sur le zonage. J'émetts donc un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Votre assemblée vient de voter une révision bisannuelle du zonage, fréquence déjà élevée au regard de l'ampleur la tâche. Vous le savez, le zonage est déterminé par un algorithme fondé sur des critères très compliqués, comme le nombre de patients suivis par les médecins ou l'âge moyen de la population. Cela représente un travail énorme pour les services de la DREES _ la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques _ et de l'INSEE.

Vous souhaitez, de surcroît, que les élus locaux puissent à tout moment réviser le zonage, ce qui est déjà possible en théorie. Si l'on donne encore plus la main aux collectivités en cette matière, des critères robustes, je l'ai dit, n'auront plus aucun intérêt. Je reçois des dizaines et des dizaines de courriers qui m'expliquent que le zonage n'est pas juste ou qu'il ne tient pas compte de la densité médicale ; en réalité, il est on ne peut plus juste puisque, déterminé selon des critères objectifs, en fonction de données que l'on pourrait qualifier de mathématiques.

Si les élus locaux ont à déterminer les zones sous-denses, il devient inutile de confier cette tâche à la DREES et à l'INSEE, car ce sont, de toute évidence, d'autres critères qui seront mis en avant. C'est pourquoi je suis défavorable à ces amendements.

Nous avons à choisir entre l'un ou l'autre système : soit les élus déterminent le zonage, auquel cas 90 % de la population française se retrouveront en zone sous-dense ; soit l'on se fonde sur une appréciation objective, déterminée par de multiples critères issus des données de la DREES et de l'INSEE, auquel cas le zonage est opéré mathématiquement

par les ARS, ce qui n'empêche pas de le remettre en cause dans certaines situations particulières. Je ne crois pas, en tout état de cause, en un système mixte; cela ne marchera pas.

M. le président. La parole est à M. Julien Aubert.

M. Julien Aubert. Vous avez bien posé les termes du débat, madame la ministre, mais ces amendements sont parfaitement légitimes. On a parfois l'impression qu'il faut supplier les agences régionales de santé...

Mme Gisèle Biémouret. Ce n'est pas seulement une impression!

M. Julien Aubert. ...pour qu'elles daignent enfin entrer en contact avec les élus, et pas seulement les élus locaux, d'ailleurs _ certains de mes collègues parlementaires doivent très humblement attendre avant d'être reçus par M. le directeur de l'ARS... Telle qu'elle est conçue aujourd'hui, la concertation ne me convient donc pas.

Je prendrai un exemple très concret. J'avais écrit, avec le maire de ma ville d'Apt, au directeur de l'agence régionale de santé pour lui signaler les insuffisances de soins et les spécialités médicales amenées à disparaître à brève échéance. Je n'ai obtenu, pour toute réponse, qu'un courrier goguenard où le directeur de l'ARS, me renvoyant au Larousse, affirmait ne pas connaître le mot « désert »... Dès lors que la concertation n'est manifestement pas efficace, il convient d'associer les élus locaux au zonage. Le sujet n'est pas seulement mathématique: il est aussi humain; il concerne le ressenti de certains de nos concitoyens, qui ont l'impression d'être des pions sur une carte tracée ailleurs.

Pour le coup, ces trois amendements me semblent dictés par le sens du terrain et la nécessité d'une meilleure concertation entre l'ARS et les collectivités locales.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Dans le prolongement des propos de notre collègue Aubert, je crois aussi que l'évaluation actuelle est insuffisante. Il y a peut-être des critères mais, dans la réalité, le résultat n'est pas à la hauteur de ce que nous constatons, nous, élus, et de ce que confirment les gens. Je crois, moi aussi, qu'il convient d'associer les élus locaux. Peut-être découvrira-t-on alors que 90 % du territoire est sous-doté en médecins, mais c'est peut-être tout simplement la réalité, madame la ministre! En ce cas, il faut la regarder en face: cela empêchera peut-être que l'on envoie des retraités là où l'on manque de jeunes.

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

M. Philippe Vigier. J'entends bien, madame la ministre: ce n'est pas aux élus locaux de fixer les critères qui conduisent à définir les zones sous-denses ou surdenses. Mais nous ne demandons pas cela. Certains critères sont fixés au niveau du ministère et de sa déclinaison, les ARS, d'accord; mais, avant d'opérer cette classification, il faut un échange, aussi direct que possible, sur un même territoire. Pour cela, vous disposerez d'un nouvel instrument de maillage avec les CPTS, où siègeront les professionnels et les élus: vous aurez ainsi une double confrontation du ressenti des uns et des autres, en interface avec les ARS; cela évitera des incompréhensions sur le zonage, décidé par les ARS avant même, parfois, que l'on ait pu vérifier son objectivité.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz.

Mme Marie-Christine Dalloz. Je n'ai jamais dit que les élus devaient eux-mêmes rédiger le schéma, madame la ministre; nous sommes bien d'accord sur ce point. Ce qui est nécessaire, c'est la concertation; ce mot a du sens, et l'on sait bien ce qu'il veut dire. Vous opposant à cette notion que je souhaite introduire dans le texte, vous dites que les élus n'ont pas vocation à se substituer à l'INSEE et à la DREES. Mais il n'en est pas question, et heureusement! Les élus, vous savez, sont des gens pragmatiques: ils aiment les choses concrètes et efficaces. À quelle fréquence l'INSEE revoit-il ses zonages? Tous les sept ans. Or, en sept ans, sur un territoire rural, il se passe bien des choses! Là est le danger, et vous refusez de l'entendre. Les élus doivent pouvoir se mobiliser au seul stade de la concertation. Nous ne vous demandons pas de leur laisser la plume pour rédiger le document! Nous ne voulons qu'une concertation, simple, avec des gens de bonne foi qui connaissent le territoire et alertent, forts de leur pragmatisme, sur les dangers que l'on y peut rencontrer.

(Les amendements identiques n^{os} 375, 452 et 986 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. François Cormier-Bouligeon, pour soutenir l'amendement n^o 733.

M. François Cormier-Bouligeon. Nous examinons depuis lundi un projet de loi qui améliorera nettement l'accès aux soins de nos concitoyens, et nous pouvons tous nous en réjouir. Le 18 septembre 2018, le Président de la République a annoncé une mesure très concrète et efficace: le recrutement de 400 médecins généralistes salariés pour les territoires frappés par la désertification médicale.

À ce stade, il est néanmoins malaisé de connaître la clé de répartition utilisée. Prenons, au hasard, l'exemple du beau département du Cher. J'entends parler du fléchage de quatre médecins, et je m'en étonne. Avec 280 médecins pour 100 000 habitants, le Cher connaît une densité médicale inférieure de 30 % à la moyenne nationale; ainsi, 73 % des communes de ce département sont reconnues comme des déserts médicaux, et 12 000 patients sont privés de médecins à la minute où je vous parle. Une vingtaine de départements sont d'ailleurs, peu prou, dans le même cas; ce n'est pas rien.

L'efficacité de la mesure relative aux 400 généralistes salariés est conditionnée, selon moi, un fléchage prioritaire vers les territoires réellement sous-denses. À cette fin, cet amendement de bon sens vise à modifier l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Au fond, madame la ministre, je vous demande de ne pas répandre de l'eau sur du sable brûlant, mais au contraire de cibler la mesure, forte, là où elle sera la plus utile.

S'il y a bien une leçon à retenir de ces semaines de grand débat, mes chers collègues, c'est bien l'impérieuse nécessité, pour l'État, de s'investir à nouveau dans une politique d'aménagement du territoire efficiente. L'installation de médecins là où nous en avons tant besoin est à mon sens une bonne mesure pour le faire. *(Mme Nadia Essayan applaudit.)*

M. le président. Quel est l'avis de la commission?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. La commission n'a pas examiné cet amendement. La méthodologie que vous proposez pour votre indicateur ne me paraît pas des plus utiles. Cependant, le message que vous délivrez est important, s'agissant notamment des postes d'assistant généraliste.

Il serait effectivement bon d'avoir une clé de répartition lisible. L'avis est donc défavorable au regard de l'indicateur, qui ne me semble pas être le bon, mais je demande des précisions sur cette clé de répartition.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. La répartition des 400 médecins généralistes salariés qui exerceront dans les territoires sous-dotés tient compte du zonage, bien entendu, moyennant une péréquation entre les départements. Cela a été déterminé au niveau central, chaque ARS ayant reçu une dotation de médecins généralistes, dont les recrutements sont en cours depuis le mois de janvier.

Je reviens sur le zonage, pour répondre à M. Aubert, qui n'était pas là cet après-midi. Le critère de densité médicale s'étant avéré inadéquat – après concertation, justement, avec les élus locaux –, il a été modifié. Le nouveau zonage n'est donc pas déterminé en fonction de ce critère mais d'un autre : l'accessibilité potentielle localisée, ou APL – rien à voir avec le logement, donc. Ce dernier critère prend en compte l'âge moyen de la population, l'exercice des médecins à temps plein ou à temps partiel, le nombre de patients vus par les médecins ou encore les distances d'accès aux médecins – sachant que les différences en la matière peuvent être grandes d'un territoire à l'autre, et qu'elles conditionnent aussi les temps de déplacement. Bref, l'APL repose sur une multitude de données, qui n'ont plus rien à voir avec la densité médicale.

C'est pourquoi la plupart des élus, sur les territoires où la densité médicale est faible, ne comprennent pas pourquoi ceux-ci ne sont pas situés en zonage prioritaire. La raison en est que leur APL est d'une qualité potentiellement meilleure que celle d'une autre zone sous-dense. Le système repose donc, je le répète, sur des critères objectifs, bien plus complexes que la seule densité médicale.

L'objectif du zonage, je le rappelle, est de hiérarchiser. En médecine générale, c'est l'ensemble de la population française qui réside en zone sous-dense, nous sommes bien d'accord. Il s'agit donc de prioriser les zones moins denses encore que la moyenne.

Bref, le critère proposé par l'amendement n'est pas le bon ; la répartition des 400 médecins est déjà projetée conformément à la péréquation et au zonage prévus par le ministère. Avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Nadia Essayan.

Mme Nadia Essayan. Sans remettre en question les arguments de Mme la ministre, je souhaite tout de même appeler l'attention sur le fait que l'amendement en discussion est à la hauteur de notre souci de trouver des solutions pour nos régions et départements sous-dotés, ce qui n'est pas chose facile. Madame la ministre, voici ce que nous attendons de vous : faire en sorte que nous ayons, à l'issue du débat, des propositions à exposer aux citoyens de nos départements, leur montrant ainsi que nous avons avancé et que nous sommes parvenus à dégager quelques solutions pour traiter l'urgence. S'il faut penser au long terme, c'est vrai, l'urgence se fait, elle aussi, sentir. Merci d'en tenir compte, madame la ministre.

M. le président. La parole est à M. Sébastien Jumel.

M. Sébastien Jumel. Madame la ministre, j'entends bien que la densité en médecins ne peut être le seul critère de répartition des 400 généralistes salariés que vous avez prévu de déployer. J'imagine que, parmi les critères que vous

envisagez de retenir, figurent les diagnostics territoriaux de santé concernant le renoncement aux soins, les maladies constatées, la difficulté des politiques de prévention à irriguer les territoires. Il s'agit de données objectives, puisque ces diagnostics sont partagés avec les acteurs des territoires et validés par les ARS.

La représentation nationale pourrait-elle avoir connaissance de la manière dont vous répartirez ces 400 médecins généralistes région par région et, le cas échéant, département par département ? Vous dites que les dotations par ARS sont déjà allouées : quelles sont-elles ?

M. Vincent Rolland. Bonne question !

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Bien sûr, nous pouvons rendre ces éléments publics. Le nombre de 400 postes, par lequel nous commençons cette année, est un minimum – les recrutements sont en cours –, mais nous pourrions évidemment l'accroître si le dispositif rencontre le succès. Nous pouvons vous trouver une carte ; reste à savoir sous quelle forme nous la publierons, mais je suis tout à fait favorable à cette publication. Il n'y a là rien de caché. Nous tenons compte des difficultés de tous les territoires.

(L'amendement n° 733 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 407 et 704.

La parole est à Mme Marie-Christine Dalloz, pour soutenir l'amendement n° 407.

Mme Marie-Christine Dalloz. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 704.

M. Gilles Lurton. Défendu.

(Les amendements identiques n° 407 et 704, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Cubertafon, pour soutenir l'amendement n° 1155.

M. Jean-Pierre Cubertafon. Il vise, au moyen d'un guide de bonnes pratiques, à accompagner les collectivités dans la construction d'un projet de maison de santé.

Si les maisons de santé sont d'intéressants outils, on constate en effet que de nombreux projets n'atteignent pas leur but. Dans de nombreux territoires, on trouve ainsi des maisons de santé vides. Aujourd'hui, le succès passe plutôt par la coconstruction avec les professionnels pour faire émerger un véritable projet médical. L'accompagnement des collectivités porteuses de ces projets complexes est primordial.

Nous proposons donc que soit instauré un guide des bonnes pratiques – établi, bien entendu, par le ministère de la santé – à l'intention des collectivités territoriales.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Nous avons beaucoup parlé hier de la spécificité des territoires et de la nécessité de laisser chacun d'entre eux organiser les soins selon ses problèmes, sa sociologie et même sa géographie. Les acteurs doivent s'emparer de ces projets de maisons de santé.

Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il me semble que cet aspect ne relève pas de la loi.

Un accompagnement est effectivement nécessaire, mais pas nécessairement celui des élus locaux : nous ne sommes guère favorables à ce que les maisons de santé soient issues d'initiatives des communes ; il y a déjà trop de maisons de santé vides. L'initiative doit plutôt venir des professionnels, qui bénéficient désormais d'un accompagnement assuré par un guichet unique associant les ARS et les caisses primaires d'assurance maladie. Ainsi, les professionnels désireux de se lancer dans l'aventure des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé peuvent connaître toutes les aides dont ils peuvent bénéficier. Cette mesure a été instaurée dans le cadre du plan d'égal accès aux soins. Une formation à la gestion des maisons de santé est, par ailleurs, dispensée par l'École des hautes études en santé publique.

Avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Cubertaon.

M. Jean-Pierre Cubertaon. Madame la ministre, je pourrais vous proposer que l'on procède pour les élus comme vous l'avez fait pour les doyens de faculté, en leur envoyant un courrier relatif à la formation. Le guide de bonnes pratiques pourrait par exemple être distribué par les préfetures. *(Mme la ministre approuve.)*

(L'amendement n° 1155 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Denis Masségli, pour soutenir l'amendement n° 1289.

M. Denis Masségli. Nous avons supprimé le numerus clausus à l'article 1^{er} : c'est une excellente nouvelle pour nos territoires sous-dotés – je songe à la ruralité et aux villes de taille moyenne tels que Cholet. Toutefois, les premiers effets de la mesure ne se feront sentir que dans dix ans ; il est donc nécessaire de trouver des solutions d'ici là.

Comme beaucoup d'entre vous, je pense, je reçois chaque semaine des dizaines de sollicitations à ce sujet. Chacun – État, collectivités locales, médecins, ARS – doit pouvoir prendre ses responsabilités.

L'amendement propose une piste de travail : les médecins désireux de s'implanter dans une région donnée seraient orientés vers les zones de cette région les plus déficitaires en médecins. À cette fin, les ARS et les conseils territoriaux de santé jouiraient d'une sorte de pouvoir d'injonction, à l'instar des juges, afin de résorber les déserts médicaux.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Hélène Vainqueur-Christophe, rapporteure. Défavorable à ce pouvoir d'injonction, dont nous en avons déjà parlé.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous le savez, je suis défavorable aux méthodes coercitives, totalement contraires à la philosophie du projet de loi, lequel privilégie les mesures incitatives à l'intention des professionnels – nous aurons l'occasion d'y revenir.

L'amendement tend à permettre à l'ARS et au conseil territorial de santé d'imposer aux professionnels ou aux établissements de santé l'installation dans certaines zones prioritaires. Or ce n'est pas à une instance de démocratie sanitaire comme le CTS d'assumer ces missions régaliennes. En outre, la définition des territoires prioritaires en matière d'accès aux soins est plus efficacement assurée par le zonage que par la méthode proposée. Enfin, il me semble délicat de mettre sur le même plan professionnels et établissements de santé, alors que l'implantation de ces derniers est déjà régulée.

Parmi les mesures par lesquelles nous voulons redonner du temps aux médecins au lieu de les forcer à s'installer figurent la création des assistants médicaux, celle des 400 postes – pour commencer – de médecins généralistes salariés envoyés dans les territoires et celle des 1 000 communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS –, pour mieux organiser les soins pour tous les professionnels afin de dégager du temps médical. S'y ajoutent des protocoles de coopération et des délégations de tâches. Toute la philosophie de la réforme consiste, je le répète, à leur donner envie de s'installer, notamment par un exercice pluriprofessionnel organisé dans les territoires.

Avis défavorable.

(L'amendement n° 1289 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Denis Masségli, pour soutenir l'amendement n° 1320.

M. Denis Masségli. Pas de coercition, mais de l'incitation : j'ai bien entendu. Cela tombe bien : le présent amendement est incitatif. Il vise plus précisément à proposer aux médecins de s'installer dans les zones où ils sont peu nombreux. À Cholet, ville de 50 000 habitants, 4 000 personnes sont à la recherche d'un médecin.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Défavorable. Une « préconisation » n'a guère de portée incitative.

(L'amendement n° 1320, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Nous en venons à l'amendement n° 1459, sur lequel je suis saisi par le groupe UDI, Agir et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à Mme Delphine Bagarry, pour soutenir cet amendement.

Mme Delphine Bagarry. Il s'agit d'un amendement d'appel – mais sait-on jamais !

Les aides à l'installation dans les zones sous-denses et les contrats prévus dans la loi favorisent et promeuvent la médecine libérale. Or certains médecins préfèrent être salariés, mais il existe peu de lieux où cela est possible, hors le cas des 400 futurs médecins généralistes dont nous avons déjà parlé.

Certaines collectivités territoriales _ conseils départementaux, mairies _ se sont mobilisées pour recruter des médecins qu'elles rémunèrent, afin d'assurer une offre de soins sur le territoire : elles accomplissent ainsi leur mission de fourniture de services publics.

L'amendement propose de transférer les financements destinés à l'aide à l'installation d'un praticien territorial de médecine ambulatoire _ PTMA _ à la collectivité qui a engagé un médecin et le salarié.

Les collectivités territoriales sont particulièrement impliquées dans l'ouverture des maisons de santé pluriprofessionnelles et dans la formation des CPTS, grâce à des investissements immobiliers et à la création d'un environnement favorable à l'installation des médecins. Certaines vont encore plus loin en recrutant des médecins qu'elles salarient pour apporter un meilleur service aux habitants. Il paraît donc logique d'orienter vers elles une partie des fonds alloués aux médecins conventionnés libéraux.

On pourrait d'ailleurs étendre le champ de l'amendement aux aides allouées aux praticiens territoriaux de médecine générale et aux différentes aides qu'accorde l'assurance maladie aux médecins qui s'installent dans les zones sous-denses.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Le dispositif du PTMA vise l'exercice libéral et assure la sécurité à ses bénéficiaires. Il prévoit notamment le versement d'une rémunération forfaitaire, lorsque le signataire du contrat interrompt son activité médicale, par exemple pour prendre un congé de maternité ou de maladie. Il s'agit d'un contrat individuel qui lie le médecin à l'ARS, sans intervention d'un tiers. Il fait partie des mesures incitatives.

Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous proposez de modifier le destinataire des aides à l'installation, pour les allouer également aux collectivités territoriales. Aujourd'hui, ces aides sont individuelles et destinées aux médecins qui acceptent de s'installer en zone sous-dense. Il existe déjà des aides destinées aux structures _ maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé. Le dispositif proposé viderait de son sens la contractualisation entre l'ARS, l'assurance maladie et les médecins. Nous préférons que ce soient les médecins qui touchent les aides à l'installation plutôt que les collectivités ; c'est bien aux professionnels eux-mêmes qu'elles sont destinées. Si une collectivité territoriale veut construire un centre de santé, il existe pour cela des aides spécifiques, qui ont été très sensiblement revalorisées par l'assurance maladie, comme vous le savez, sachant que 60 % des centres de santé adhèrent à la convention médicale.

Je demande le retrait de l'amendement ; à défaut, avis défavorable.

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

Mme Delphine Bagarry. J'ai bien compris qu'il existe des aides pour favoriser l'installation en médecine libérale. Or, ce que je propose est de favoriser aussi l'installation de médecins traitants salariés. Nous allons déployer le dispositif des 400 médecins salariés _ qui devront bien l'être par quelqu'un. Je propose que l'on puisse jongler avec ces aides et récompenser aussi les collectivités qui s'engagent.

M. le président. La parole est à M. Sébastien Jumel.

M. Sébastien Jumel. Je tiens à soutenir cet excellent amendement. En effet, madame la ministre, les aides à destination des collectivités locales que vous évoquez concernent l'investissement ou le fonctionnement général des maisons de santé, sans prendre en compte les dépenses liées au salaire du médecin. En l'occurrence, l'exemple cité est celui d'une collectivité qui souhaite salarier un médecin. Il est donc utile que l'aide que vous prévoyez de réserver aux médecins pour favoriser leur installation soit fléchée sur la collectivité, lorsqu'elle décide de les salarier.

En outre, comme vous le savez, de plus en plus de jeunes médecins aspirent à devenir salariés. C'est, là aussi, une évolution des mentalités des médecins et il nous faut donc accompagner ce mouvement. C'est la raison pour laquelle nous voterons sans hésitation cet amendement, qui peut être de nature à accompagner les collectivités qui se situent dans une démarche volontariste _ j'ai à l'esprit l'expérience de la ville de Cherbourg, mais il en existe de nombreuses autres en France.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1459.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	131
Nombre de suffrages exprimés	126
Majorité absolue	64
Pour l'adoption	45
contre	81

(L'amendement n° 1459 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, pour soutenir l'amendement n° 1311.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Madame la ministre, les inégalités territoriales figurent parmi vos préoccupations et il ne fait aucun doute que cet amendement va vous aider à les résoudre en partie, car il a pour objet d'organiser la répartition du FIR, le Fonds d'intervention régional, en fonction des inégalités de santé constatée entre les territoires.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous avez raison, et nous débattons du reste régulièrement de cette question lors de l'examen des projets de loi de financement de la Sécurité sociale. La précision que vous apportez est cependant dépourvue de portée juridique, car elle est déjà satisfaite juridiquement. L'article que vous souhaitez modifier dispose par ailleurs que « le ministre chargé de la santé est informé de l'exécution » et que, tous les ans, les parlementaires trouvent une annexe au PLFSS portant sur le FIR. Avis défavorable, donc.

(L'amendement n° 1311, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 1769 et 769, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Josette Manin, pour soutenir l'amendement n° 1769.

Mme Josette Manin. Madame la ministre, la dérogation accordée à la Guyane en 2005 pour pallier la pénurie de médecins a déjà été rappelée ici. Mon amendement, qui s'inspire de cette dérogation, vise à faciliter le recrutement et l'installation ponctuelle de médecins généralistes et spécialistes étrangers non européens dans les collectivités territoriales visées par l'article 73 de la Constitution.

M. le président. La parole est à Mme Manuëla Kéclard-Mondésir, pour soutenir l'amendement n° 769.

Mme Manuëla Kéclard-Mondésir. Nous sommes confrontés à la même situation et aux mêmes problèmes. Mon amendement rejoint donc celui de Mme Manin. Vous noterez, madame la ministre, notre persévérance pour ce qui concerne la coopération sanitaire, qui est pour nous d'une très grande importance. Je propose donc que nous inscrivions dans l'article les dispositions de cet amendement en matière de coopération sanitaire avec les médecins et spécialistes étrangers.

Ma proposition est bordée par deux éléments : l'avis concerté de l'ARS et de l'ordre des médecins, et un suivi qui donnera lieu à un rapport annuel obligatoire élaboré par l'ARS. Oui, donc, pour la coopération, avec une durée qui n'excéderait pas trois années.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis très sensible à votre objectif de favoriser l'installation de médecins dans les DOM. Il me semble cependant que l'expérience de la Guyane pose certaines questions. Peut-être pourrions-nous attendre de connaître les positions de chacun dans le débat, mais je propose plutôt le retrait de l'amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'ordonnance de 2005 instaurait un régime dérogatoire, qui permettait à des médecins cubains de venir spécifiquement en Guyane avec un exercice plein, sans le droit de venir en métropole.

Le *Livre bleu outre-mer* a prévu une évaluation de ce dispositif, afin de voir s'il avait fonctionné et quelle était la compétence de ces médecins. Je constate que de nombreux territoires ultramarins souhaitent l'élargissement de ce dispositif. Nous souhaitons d'abord l'évaluer tel qu'il a été négocié, lors des Assises de l'outre-mer, dans le *Livre bleu*.

En outre, nous devons faire face à une deuxième difficulté : le gouvernement cubain a vu un certain nombre de médecins revenir, pour des raisons géopolitiques, du Brésil et du Venezuela. Il y a donc actuellement à Cuba un très grand nombre de médecins qui n'ont plus d'emploi. Le gouvernement cubain souhaite donc contractualiser d'État à État et salarier ses propres médecins, qu'il enverrait dans les territoires ultramarins, par groupes de dix ou de cent – du moins ne souhaite-t-il plus une évaluation individuelle de ces médecins, qu'il désire salarier lui-même.

Ces conditions me semblent assez différentes de notre mode d'évaluation de nos médecins et de la manière dont nous souhaitons les recruter. Je suis donc, à cause de ce positionnement de leur gouvernement, assez prudente à propos des médecins cubains. Par ailleurs, je souhaite évaluer l'ordonnance de 2005 et ce dispositif. Je suis donc défavorable à ces deux amendements.

M. le président. La parole est à Mme Josette Manin.

Mme Josette Manin. Madame la ministre, peut-être serait-il temps de contractualiser avec ces pays étrangers, afin que nous puissions récupérer un certain nombre de médecins. Je rappelle, en outre, qu'il s'agit là d'une pratique dans le cadre de coopérations entre villes de la Martinique – du moins celles que je connais. Il serait intéressant d'instaurer une contractualisation, afin que les choses puissent se faire légalement.

M. le président. La parole est à Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Après avoir eu une discussion avec la DGARS – directrice générale de l'agence régionale de santé – de la Guadeloupe, il me paraît certes important et opportun d'évaluer l'ordonnance de 2005, mais aussi d'en revoir l'écriture, et cela d'autant plus que la Guadeloupe et la Martinique font aujourd'hui partie de l'OACS – l'Organisation des États des Caraïbes orientales : peut-être verrons-nous de nouvelles conventions de coopération avec l'ensemble des pays du bassin caraïbe, et peut-être aussi avec d'autres bassins des outre-mer.

(Les amendements n° 1769 et 769, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Monsieur le président, je demande une suspension de séance de dix minutes.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt-trois heures cinquante-cinq, est reprise le jeudi 21 mars 2019 à zéro heure cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Rappels au règlement

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour un rappel au règlement.

M. Gilles Lurton. Nous avons commencé l'examen de ce texte lundi à seize heures. Pendant la séance de lundi soir, nous avons été informés, par voie informatique, que plusieurs de nos amendements étaient déclarés irrecevables au titre de l'article 45 de la Constitution pour absence de lien avec le texte de loi. Nous nous sommes aperçus, depuis, que certains groupes avaient pu défendre dans l'hémicycle le même type d'amendements, ce dont je me réjouis – je pense notamment à des amendements sur l'endométriose et la maladie de Lyme, défendus par le MODEM, et c'est une très bonne chose : c'est pourquoi je ne comprends pas que les nôtres aient été déclarés irrecevables.

Nous sommes mercredi soir et, à cette heure, nous continuons à recevoir des avis d'irrecevabilité d'amendements. Je trouve que, pour le moins, ce type d'avis pourrait nous être envoyé avant que l'examen du texte ne commence. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LR. – Mme Emmanuelle Ménard applaudit également.)*

M. le président. Merci, monsieur Lurton. Il est pris bonne note de votre rappel au règlement. Je rappelle qu'aux termes de l'article 45 de la Constitution, « tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis. »

Plusieurs députés du groupe LR. Ce n'est pas le problème !

M. le président. Si, puisque M. Lurton nous a dit que l'irrecevabilité a concerné les amendements relatifs à la détection de la maladie de Lyme. Les irrecevabilités sont décidées au fur et à mesure. Les amendements déclarés irrecevables au stade tant de la commission que de la séance portent sur des dispositifs dénués de tout lien avec les dispositions du projet de loi. Je veux souligner que, sur les 2 070 amendements déposés, seuls 130 environ ont été déclarés irrecevables à ce titre. Il est pris bonne note de ce rappel au règlement.

La parole est à M. Philippe Gosselin, pour un rappel au règlement.

M. Philippe Gosselin. Nous ne souhaitons pas polémiquer, monsieur le président, mais la question ne porte pas sur le contenu de l'article 45 et sur les amendements qui sont, ou ne sont pas, en lien direct ou indirect avec le texte : ce n'est pas le sujet. Le problème tient à la rupture d'égalité entre les parlementaires dans la présentation de leurs amendements : certains sont informés d'une irrecevabilité à un instant T, tandis que d'autres le sont à l'instant T+1. Cela signifie que certains ne peuvent pas présenter leurs amendements en séance tandis que d'autres le peuvent, ce qui constitue clairement une rupture d'égalité entre les parlementaires par une application différenciée du droit parlementaire et du règlement de l'Assemblée. Voilà le cœur du sujet.

Vous n'en êtes, monsieur le président, ni comptable, ni responsable : nous ne cherchons pas à désigner des responsables ni à créer une polémique. Mais il est vraiment problématique que certains collègues puissent présenter des amendements et d'autres non, alors que leurs amendements ont le même objet. Il n'y a aucune polémique dans tout cela ! Cette différence de traitement mériterait une attention très particulière.

M. le président. Il est pris bonne note de ce rappel au règlement et de vos observations. Il est toujours difficile de traiter de la recevabilité de tous les amendements lorsqu'il y en a 2 000, mais vous avez tout à fait raison sur l'égalité de traitement qui est due à chacun des parlementaires.

Après l'article 5 bis (suite)

M. le président. Je vous précise d'ores et déjà que la longue discussion commune que nous nous apprêtons à aborder donnera lieu à plusieurs scrutins publics et que je souhaite l'achever avant la levée de la séance.

Je suis saisi de plusieurs amendements, n^{os} 351, 1128, 653, 652, 1542, 1541, 655, 729, 933, 654, 1677 et 1266, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 652 et 1542 sont identiques ; l'amendement n^o 1128 fera l'objet d'un sous-amendement n^o 2073 et l'amendement n^o 653 d'un sous-amendement n^o 2074 rectifié.

La parole est à M. Arnaud Viala, pour soutenir l'amendement n^o 351.

M. Arnaud Viala. Madame la ministre, l'ordre d'apparition des amendements fait qu'il me revient la lourde tâche d'ouvrir cette discussion commune sur ce que vous appelez la « coercition », terme trompeur et abusif. Ce n'est pas cela que nous avons en tête, lorsque nous déposons ces amendements, qui visent à ce que les jeunes diplômés de médecine s'installent prioritairement en zones sous-denses. J'ajoute, en préalable à la présentation de cet amendement, ainsi que de l'amendement n^o _ je le défendrai en même temps, monsieur

le président, si vous le voulez bien _, que vous avez clos le débat avant qu'il n'ait lieu : en effet, depuis le début de l'examen de ce projet de loi, vous ne cessez de répéter en toute occasion que vous n'êtes pas favorable à l'imposition de contraintes.

Or, depuis des décennies, les gouvernements successifs reculent devant l'obstacle, alors même que les autres formes de mesures ont échoué. En effet, si nous en sommes encore, en 2019, à constater de façon quasi unanime l'existence de déserts médicaux, non seulement ruraux mais parfois aussi urbains, c'est la preuve que les politiques publiques conduites précédemment ont échoué.

Par ailleurs, nous constatons, au travers des discussions que nous avons depuis le début de la semaine, que toutes les mesures incitatives déployées et renforcées ne conduisent pas toujours à une densification de la population médicale. Nous avons tous en tête des maisons médicales créées à grand renfort de deniers publics, dans lesquelles, malheureusement, aucun professionnel n'exerce. Nous devons donc nous demander s'il n'est pas temps de franchir une étape.

Je propose donc, avec ces deux amendements, de demander aux jeunes diplômés de médecine de s'installer dans des zones sous-denses pendant une période limitée. Il ne s'agit absolument pas de remettre en cause le statut libéral des médecins, ni leur liberté, dans une carrière longue, d'exercer où bon leur semble : il s'agit de leur demander de contribuer au bien public en exerçant pendant une période limitée _ pour ma part, je préconise de la fixer à un maximum de cinq ans, même si d'autres collègues ont une approche plus nuancée _, à l'issue de leurs études dans une zone sous-dense.

Par ailleurs, madame la ministre, je m'interroge sur la cohérence de votre posture consistant à dire « pas de coercition, pas de contrainte », alors que les mesures que vous défendez incitent les médecins retraités à continuer d'exercer dans ces mêmes zones sous-denses. Cela permettra certes de combler des dents creuses mais ne peut pas constituer une solution satisfaisante sur le long terme : ce n'est qu'un pis-aller. Je n'ai rien contre les médecins retraités qui veulent continuer à exercer leur métier mais, à terme, la France des zones sous-denses mérite elle aussi d'avoir des médecins en âge d'exercer leur profession.

De plus, tout en soutenant qu'il faut garantir aux médecins la liberté d'exercer, vous créez des postes de médecins salariés pour les zones sous-denses. Ces médecins-là ne seront pas des libéraux : qu'est-ce que cela signifie pour le concept même d'exercice libéral et pour votre défense des médecins libéraux ?

Enfin, la troisième mesure que vous défendez pour ces zones sous-denses, refusant toujours imposer de contraintes, concerne les médecins adjoints. Je pense être, comme d'autres ici, un parlementaire pragmatique. Ne nous cachons pas derrière notre petit doigt : ce débat doit avoir lieu !

M. le président. Sur l'amendement n^o 1128, que vous avez également défendu, monsieur Viala, je suis saisi par le groupe UDI, Agir et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

Cet amendement n° 1128 fait l'objet d'un sous-amendement n° 2073, sur lequel je suis également saisi par le groupe UDI, Agir et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Thierry Benoit, pour soutenir ce sous-amendement.

M. Thierry Benoit. Nous avons évoqué la question des zonages et de la répartition des médecins sur le territoire, métropolitain et ultramarin, au cours de la séance précédente. Cette question nous est posée depuis de nombreuses années.

Nous avons déjà examiné, après l'article 5 *bis*, toutes les mesures visant à encourager l'installation des médecins. Il existe depuis un certain nombre d'années tout un arsenal : défiscalisation, aides à l'installation, zones de revitalisation rurale _ ZRR _, maisons pluridisciplinaires, contrats locaux de santé. Dans ce domaine tout a été inventé. Comme dirait notre Président, tout cela c'est de la poudre de perlimpinpin ! Nous sommes confrontés à une réalité : en France, de nombreux Français n'ont plus la possibilité d'accéder à un médecin en toute sécurité. Cela, nous ne pouvons plus l'accepter !

Cela fait dix ans qu'en tant que parlementaire j'ai accepté de voter toutes les mesures incitatives,...

M. Jean-Pierre Vigier. C'est vrai.

M. Thierry Benoit. ...et que je les mets en pratique dans mon territoire, en tant que président de pays, en lien très étroit avec l'Agence régionale de santé de Bretagne, avec laquelle j'entretiens de bonnes relations. Nous travaillons bien, mais ces mesures sont insuffisantes _ chacun peut le constater.

Ce qu'il faut désormais, c'est non pas prendre des mesures coercitives mais poser des exigences. Un de mes collaborateurs vient de me faire parvenir une vidéo tournée il y a un peu plus d'une heure, dans laquelle François Bayrou, très proche du Président de la République et soutien vigoureux de la majorité présidentielle, affirme qu'il faut affronter la question des déserts médicaux et les difficultés extrêmes dans lesquelles se trouvent certains de nos territoires et de nos compatriotes ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe UDI-Agir.*)

Il faut avoir le courage de dire aux jeunes médecins qu'ils doivent accepter de s'installer dans certains territoires ou dans certains quartiers _ il l'a dit. Telle est l'exigence que nous devons poser et tel est le sens de ce sous-amendement.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 653 qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 2074 rectifié.

La parole est à M. Jérôme Nury, pour soutenir l'amendement.

M. Jérôme Nury. Il ne s'agit pas, en présentant l'amendement n° 653, ainsi que l'amendement n° 652, dont l'examen suivra, de faire de la provocation ou d'exprimer de la défiance vis-à-vis des étudiants en médecine : ces amendements sont de véritables cris du cœur visant à sonner l'alerte sur la situation de nos territoires ruraux, qui deviennent de véritables déserts médicaux.

Comme cela vient d'être dit, depuis dix ans, nous avons tout essayé pour rendre nos territoires le plus attractifs possible par des mesures d'accompagnement ou d'incitation. Le *numerus clausus* a été augmenté ; on a financé des PSLA _ prêts sociaux location-accession _ et d'autres aides à destination des étudiants en médecine ; on subventionne leur installation, notamment via des aides fiscales. Malgré tout cela, un département comme l'Orne est dans une situation dramatique, puisqu'il ne compte qu'un médecin pour 1 800 habitants contre un pour 1 100 au niveau national.

C'est pourquoi ces deux amendements visent à demander aux nouveaux médecins de donner trente-six mois de leur première installation à des territoires déficitaires. L'amendement n° 653 réserve ce « service civique de santé » au dernier tiers du *numerus clausus*.

La liberté d'installation serait ainsi préservée une fois effectué ce service temporaire de santé.

M. le président. La parole est à M. Thierry Benoit, pour soutenir le sous-amendement n° 2074 rectifié.

M. Thierry Benoit. Je propose que l'assurance maladie conditionne le conventionnement des jeunes médecins à leur installation là où il y a des besoins : c'est ce qu'on pourrait appeler un conventionnement sélectif.

Il est temps de poser des exigences _ ce n'est pas de la coercition. La puissance publique participe largement au financement des formations de nos étudiants en médecine et c'est une excellente chose, puisque cela nous permet d'avoir de très bons médecins, mais le pays est en droit de poser des exigences à la mesure de la situation dans laquelle il se trouve. Nos concitoyens nous le demandent !

Au cours des trente-cinq cérémonies de vœux auxquelles j'ai participé dans ma circonscription, on m'a parlé de cette question. Au cours du grand débat voulu par le Président de la République, on nous a parlé de cette question : elle est une priorité absolue. Nous ne pouvons plus nous contenter de mesures incitatives : il est temps désormais de poser des exigences ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe UDI-Agir.*)

M. le président. Monsieur Nury, vous avez défendu l'amendement n° 652...

M. Jérôme Nury. Oui, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Thierry Benoit, pour soutenir l'amendement n° 1542.

M. Thierry Benoit. Par cet amendement cosigné par l'ensemble des membres du groupe UDI, Agir et indépendants, notre collègue Vercamer propose d'inscrire dans la loi une obligation d'installation de trois ans pour les jeunes médecins, sous peine de devoir rembourser les frais de leur formation. Il s'agit d'une demande expresse des élus, qui déploient quotidiennement des trésors d'ingéniosité pour attirer les médecins.

La Cour des comptes comme le CESE préconisent de mobiliser ce type d'outil. Francis Vercamer rappelle également que la formation d'un médecin généraliste coûte 130 000 euros et celle d'un spécialiste 240 000 euros. Il rappelle qu'on a pris de telles dispositions envers les pharmaciens, dont l'installation est réglementée, bien qu'ils exercent une profession libérale, sans rencontrer de difficultés ; il en est de même des infirmiers, dont l'installation est régulée et organisée.

Il est temps aujourd'hui d'organiser, en la régulant, l'installation des médecins en France.

M. le président. L'amendement n° 1056, qui fait l'objet de deux sous-amendements, n'est pas défendu.

La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n° 1541.

M. Pascal Brindeau. Il est une contribution supplémentaire à l'indispensable débat que nous devons avoir et qui ne se limite pas à l'opposition entre, d'un côté, l'installation libre et l'exercice libéral de la profession de médecin _ dont on peut d'ailleurs se demander ce qu'il a encore de libéral, lorsque les collectivités territoriales dépensent des centaines de milliers d'euros pour construire des maisons médicales, acheter du matériel, voire salarier des médecins _ et, de l'autre côté, une prétendue coercition, qui n'est, en réalité, qu'une volonté d'aménagement du territoire.

Nous savons pertinemment les uns et les autres que la suppression du *numerus clausus* ne réglera pas tout : ce n'est pas parce qu'il y aura demain plus de médecins en France qu'ils s'installeront automatiquement dans les zones sous-denses. Ils risquent, au contraire, de continuer à se concentrer dans les zones plus favorables, ne trouvant pas toujours intérêt à s'installer dans les territoires ruraux, où les services publics ont disparu, ou les territoires urbains en difficulté sociale.

Une politique plus volontariste est donc nécessaire : tel est le sens de cet amendement.

Rappel au règlement

M. le président. La parole est à M. Thierry Benoit, pour un rappel au règlement.

M. Thierry Benoit. Mon rappel au règlement se fonde sur le premier alinéa de l'article 58.

Monsieur le président, vous avez dit il y a un instant que l'amendement n° 1056, qui faisait l'objet de deux sous-amendements que je devais présenter, n'était pas défendu. Or il se trouve que plusieurs cosignataires de cet amendement sont présents. S'il faut que les députés soient vigilants, vous devez l'être aussi, monsieur le président, parce que mes sous-amendements sont considérés comme non soutenus, alors qu'ils le sont. Je n'ose pas imaginer que ce fait échappe à votre sagacité, à minuit vingt-cinq, cher jeune président plein d'ardeur !

M. le président. Merci beaucoup, monsieur le député Benoit, qui êtes également plein d'ardeur ! Il n'empêche que l'amendement n° 1056 a été appelé et que ce n'est pas parce que ses signataires sont présents qu'ils souhaitent le défendre ! J'ai appelé les trois premiers cosignataires : personne ne s'est manifesté pour le défendre, de telle sorte que les sous-amendements portant sur cet amendement qui n'a pas été défendu n'ont pas pu être discutés ce soir, en dépit de toute votre ardeur, cher collègue Benoit ! J'en suis particulièrement confus.

Après l'article 5 bis (suite)

M. le président. Sur l'amendement n° 1541, je suis saisi par le groupe UDI, Agir et indépendants d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Jérôme Nury, pour soutenir l'amendement n° 655.

M. Jérôme Nury. Il vise à privilégier une installation régionale des nouveaux médecins, encadrée et ponctuelle, qui permettrait de mieux organiser le maillage de régions qui sont déficitaires notamment parce que les médecins qu'elles forment s'installent ailleurs. Il faut mesurer, madame la ministre, la détresse de nos concitoyens quand le médecin de famille part à la retraite sans successeur.

Le nombre de médecins libéraux ne cesse de baisser année après année. Il est donc urgent d'agir, car un territoire qui ne peut plus soigner ses habitants est un territoire qui meurt. Alors que nous tirons la sonnette d'alarme depuis plusieurs années, les solutions proposées par les gouvernements successifs ont été des échecs et je crains que votre texte, qu'inspire la même doctrine, ne réponde pas à l'urgence de la situation.

Demander aux nouveaux médecins d'effectuer une sorte de service civique de santé, dans la région dans laquelle ils ont été formés, permettrait d'apporter rapidement des solutions aux territoires déficitaires tout en préservant la liberté d'installation.

M. le président. La parole est à Mme Géraldine Bannier, pour soutenir l'amendement n° 729.

Mme Géraldine Bannier. Un chiffre d'abord : 8,6 % des Français de plus de seize ans n'ont pas de médecin traitant. Dans mon territoire, pourtant très dynamique et où la qualité de vie est indéniable, il faut attendre dix mois pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue. Il est très difficile de trouver un dentiste ou un médecin généraliste, du fait que ceux qui partent à la retraite ne trouvent pas de successeurs. À Laval, chef-lieu du département, il n'y a pas de pneumologue, sinon remplaçant, ce qui pose de vrais problèmes.

Vous avez évoqué vos efforts, pour que tout le territoire soit traité sur un pied d'égalité : ils sont vains, puisque le rapport entre les départements peut varier de un à trois ans, s'agissant de la présence de personnels médicaux. Il faut absolument dépasser l'opposition complètement stérile entre coercition et incitation, pour proposer aux territoires de vraies solutions. On devrait d'ailleurs préférer au mot « coercition », de connotation très négative, le mot « obligation », plus neutre.

Je propose que les médecins s'engagent à passer une année _ une seule année ! _ en zone sous-dense. Ainsi, leur liberté d'installation ne sera pas remise en cause à long terme, mais cela leur donnera l'occasion de découvrir des territoires qu'ils ne connaissent pas, parce que les urbains ne vont pas facilement dans les zones rurales _ c'est la vérité.

Il y a urgence sur nos territoires, les citoyens nous le rappellent tous les jours. La presse se fait aussi régulièrement l'écho de la dérive des mesures incitatives : cumul d'aides, enchères à la rémunération des gardes de week-end, compétitions d'offres pour attirer les professionnels _ dont certaines, parfois, sont ridicules.

La philosophie de la réforme que vous présentez et le *numerus apertus* amélioré _ 20 % de médecins en plus _ attireront-ils ces médecins vers les zones peu denses ? J'en doute, et c'est pourquoi je propose une solution qui, peut-être, sera reprise à l'avenir.

Le Président Macron...

M. le président. Je vous remercie.

Mme Géraldine Bannier. ...a appelé les jeunes à se demander comment s'engager: eh bien moi, j'appelle les médecins à s'engager une année dans nos territoires sous-denses!

M. le président. La parole est à M. Pierre-Henri Dumont, pour soutenir l'amendement n° 933.

M. Pierre-Henri Dumont. J'ai été maire de la commune de Marck-en-Calais, à côté de Calais, qui compte 11 000 habitants. Savez-vous de combien de médecins généralistes nous disposons? Deux! Deux médecins généralistes pour 11 000 habitants! Comment voulez-vous que la population croie encore en une sorte de service parapublic de proximité? Si la crise des gilets jaunes a été aussi aiguë dans mon département, notamment dans ma circonscription, je pense que cela s'explique aussi par cette absence de proximité, en particulier dans le domaine médical.

Les communes du territoire _ la miennne, Calais, les petits villages alentour _ essaient de se répartir les quelques médecins présents: l'une va construire une maison médicale, l'autre une autre maison un peu plus grande, l'autre encore offrira des services de secrétariat, une autre paiera la femme de ménage... Nous en arriverons à cette extrémité où les communes auront besoin de salarier les médecins. Qui en bénéficiera? Les grandes villes, les communes les plus riches. Les quelques médecins présents sur le territoire se dirigeront encore plus facilement vers les grandes communes et non vers les petites ou les communes plus rurales, qui disposent de peu de moyens.

Pourtant, des solutions existent, dont le numerus clausus, par exemple, afin de compenser de tels manques et de doter plus largement les régions qui manquent de médecins, en augmentant le nombre de places disponibles à l'issue du concours de la première année.

Ensuite, si un certain héliotropisme amène, par exemple, des étudiants de Lille, ville d'où ils sont originaires, à se diriger vers de grandes villes du sud ou vers les côtes, le phénomène inverse existe également: des étudiants qui ne sont pas originaires de la région viennent étudier à Lille en raison de la proximité de Paris, qui est aisément accessible en train _ c'est également valable pour d'autres villes _ et, leurs études terminées, repartent dans leur ville d'origine.

Au final, cela ne fonctionne pas. C'est pourquoi je propose cet amendement visant à faire en sorte que la première installation des médecins soit dans le ressort de la région où ils ont obtenu leur première année.

M. le président. La parole est à M. Jérôme Nury, pour soutenir l'amendement n° 654.

M. Jérôme Nury. Il est défendu.

M. le président. Sur l'amendement n° 1677, je suis saisi par le groupe Socialistes et apparentés d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir cet amendement.

M. Joël Aviragnet. Voilà précisément un amendement qui, dans le prolongement de ce qui a été dit, propose _ de manière expérimentale _ une obligation d'exercer en zone sous-dotée pendant un an. J'insiste: de manière expérimentale. D'aucuns craignent que les médecins ne soient pas d'accord, que ce ne soit de la coercition, etc. Il s'agit d'une expérimentation. Un an, ce n'est pas énorme, cela permet de tester la mesure, d'en évaluer les effets.

Franchement, je serais un jeune médecin, je me sentirais moins menacé par l'obligation d'exercer un an, en libéral, en zone sous-dotée, que par le recrutement de 400 médecins _ peut-être plus, s'il le faut _ à l'échelon national. Une telle fonctionnarisation n'a plus rien à avoir avec l'exercice libéral de la médecine.

M. le président. Sur l'amendement n° 1266, je suis saisi par le groupe La France insoumise d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir cet amendement.

Mme Caroline Fiat. Nous vous avons écoutée et entendue, madame la ministre. Je ne peux pas faire plus, pour répondre à vos interrogations, que cet amendement qui dispose: « Dans les régions qu'il identifie comme pertinentes, le Gouvernement peut mettre en place une obligation d'exercer dans des zones sous-denses à l'issue du troisième cycle des études de médecine. Un décret en Conseil d'État définit les conditions, les modalités et le temps de cette obligation. »

Nous vous laissons choisir la durée, les conditions, les modalités, nous vous laissons tout décider! C'est un peu notre cadeau! C'est, en quelque sorte, l'ordonnance de la France insoumise (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe UDI-Agir*)! Nous vous laissons décider des modalités de cette obligation!

Comme je le disais tout à l'heure, les zones sous-denses représentent une urgence sociale, une urgence sanitaire, d'autant que les patients qui ne sont pas pris rapidement en charge par un médecin traitant finissent à l'hôpital, ce qui, comme dirait notre Président de la République, coûte « un pognon de dingue »! Il importe donc de vite résoudre ce problème.

M. le président. Quel est l'avis de la commission?

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Nous examinons donc nombre d'amendements visant à réguler les installations en zones sous-denses à travers différentes modalités: amendements coercitifs...

Mme Caroline Fiat. D'obligation!

M. Thomas Mesnier, rapporteur. ...contre la liberté d'installation, dont certains reposent sur le conventionnement sélectif _ toutes mesures proposées « en dur » ou en expérimentation, d'une durée variable.

Nous sommes tous d'accord...

M. Ugo Bernalicis. Ah! Nous sommes tous d'accord (*Sourires*)!

M. Thomas Mesnier, rapporteur. ...pour reconnaître que nous souffrons d'un déficit de médecins, lequel s'aggravera jusqu'en 2025, puisque, jusqu'à cette date, chaque année, plus de médecins partiront à la retraite qu'il n'en sortira des facultés. La faute en est à une insuffisante et trop tardive augmentation du *numerus clausus*, ces dix, quinze, vingt dernières années.

M. Ugo Bernalicis. Ces soixante-dix dernières années, oui !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Aujourd'hui, à peine 15 % des jeunes médecins s'installent en libéral à la fin de leurs études. C'est simple : un plus grand nombre de contraintes et ils seront encore moins nombreux ! Peut-être même n'y aurait-il plus personne pour s'installer en libéral ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*) Il faut donc faire exactement l'inverse : il faut libérer les freins à l'installation, pour amener un plus grand nombre de jeunes à s'installer en libéral. (*Protestations sur les bancs du groupe LR.*)

M. Pierre-Henri Dumont. Cela a échoué !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Les aides incitatives existent _ en commission, Mme la ministre a annoncé la semaine dernière qu'elle lançait une mission pour les évaluer. Les négociations conventionnelles sont en cours pour installer les assistants médicaux qui, là encore, délivreront nos médecins libéraux de nombre de charges administratives. Je crois que nous allons dans le bon sens.

Dans cet hémicycle, nous avons largement parlé du conventionnement sélectif depuis le début du quinquennat. Nous avons vu, notamment à l'étranger, qu'il s'agit d'une fausse bonne idée. En Allemagne, les médecins continuent de s'installer, ne sont pas conventionnés et, finalement, les patients qui vont les voir _ puisqu'ils n'ont pas le choix _ ne sont pas remboursés. Est-ce ce que nous voulons, dans cet hémicycle, créer une inégalité d'accès aux soins pour des raisons financières ? Je ne le crois pas.

Tout l'objet de ce texte, du plan « ma santé 2022 », c'est, précisément, de répondre aux besoins et aux attentes de nos concitoyens, grâce à des professionnels qui travaillent en réseaux et qui pratiquent un meilleur partage des compétences, grâce à de nouveaux métiers _ je songe aux assistants médicaux. C'est comme cela que nous répondrons aux besoins des Français !

Pour toutes ces raisons, avis défavorable à l'ensemble de ces amendements de coercition. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous poursuivons un objectif commun : rendre l'accès plus facile aux soins pour nos concitoyens sur tous les territoires, réduire la fracture territoriale, améliorer la qualité des soins.

M. Ugo Bernalicis. Jusque-là, ça va.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous le savons, il n'y a pas de solution miracle...

M. Ugo Bernalicis. Si ! Un changement de Gouvernement !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ...pour lutter contre les déserts médicaux. S'il y en avait une, cela se saurait.

La coercition aura des résultats plus qu'incertains, alors que tous les autres leviers deviendront inopérants. Il sera impossible d'engager des médecins dans des projets de CPTS, de téléconsultation, de coopération...

M. Ugo Bernalicis. Des arguments !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Si vous le permettez, je vais terminer mon raisonnement. J'ai pris beaucoup de notes, j'ai écouté tout le monde. Nous devons nous montrer cohérents et nous écouter les uns les autres. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

Il ne suffit pas de se donner bonne conscience en croyant qu'il suffit d'appuyer sur un bouton pour trouver une solution simple aux problèmes que connaissent les territoires. Je vais essayer de vous le démontrer tranquillement.

Je reprends vos arguments. M. Viala propose la mise en place d'amendes. Nous connaissons des exemples étrangers de coercition, aux États-Unis, au Canada, en Allemagne et en Autriche : or ils ne marchent pas. Pourquoi ? Parce que soit les médecins s'installent à la périphérie des zones sous-denses, soit ils choisissent un exercice salarié.

M. Ugo Bernalicis. Salarié, ce n'est pas mal !

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est exactement ce qu'il nous arrivera, le problème de la désertification médicale existant dans tous les pays industrialisés et dans toute l'Europe. Nous ne sommes pas les seuls à en souffrir ! D'autres ont déjà traversé une telle situation.

Vous assurez que les incitations précédentes n'ont pas fonctionné : j'en suis absolument d'accord. Depuis des années, les incitations financières ont favorisé les effets d'aubaine. Aussi n'est-ce pas ce que je propose dans le texte. Je n'ai pas supprimé ces incitations car tout le monde, ici, hurlerait _ encore que je me pose beaucoup de questions sur les zonages, leur intérêt ou leurs effets pervers. Nombre d'élus m'interpellent à ce propos, au point que l'on se demande si cela vaut le coup de continuer.

En fait, je ne suis pas très favorable aux incitations financières. Les professionnels aiment leur métier, ils ont envie de travailler, avec une réelle qualité de vie au travail. Ils ont envie de s'engager _ quand on exerce une telle profession, c'est qu'on l'aime _ et penser que des incitations financières suffiraient à faire en sorte qu'ils s'installent dans tel ou tel endroit ne constitue pas un très bon argument. Ils n'en sont d'ailleurs pas très flattés, et je les comprends.

Au-delà des incitations financières _ que nous n'avons donc pas supprimées _, je leur propose une amélioration de la qualité de vie au travail, en exerçant, aux côtés d'autres professionnels, en pluriprofessionnalité. Je leur propose de récupérer du temps médical grâce aux assistants médicaux, grâce à des délégations de tâches, à des partages de compétences. Je les incite à donner du temps médical en se projetant dans des zones sous-denses, par exemple, lorsqu'ils sont spécialistes.

Nous avons organisé cela dans le plan d'accès aux soins _ le texte ne contient pas tout. Un grand nombre d'incitations ne sont pas financières et reposent sur des organisations de travail repensées et beaucoup plus attractives que ce qui est proposé aujourd'hui _ un simple remplacement à l'occasion d'un départ à la retraite. Cela n'est pas l'exercice médical de demain, cela n'est pas la médecine du XXI^e siècle. Aujourd'hui, la médecine s'exerce isolément, demain, ce

sera une médecine de coopération avec tous les professionnels de santé qui se coordonneront autour d'un parcours de santé. C'est cela que propose ce texte !

Vous envisagez des installations obligatoires pour des durées limitées – un an, trois ans, cinq ans... Aller dans des territoires sous-dotés, sous-denses, apparaîtra alors comme une punition ! Au contraire, nous essayons de faire comprendre aux médecins que l'exercice dans un territoire sous-doté, rural, périurbain, peut être très intéressant, notamment lorsque cet exercice professionnel est partagé avec d'autres.

De la même manière, ces territoires apparaîtront comme une station obligatoire avant une autorisation de fuite après trois ans ! Croyez-vous vraiment que la qualité de la médecine pratiquée par ces professionnels que l'on enverra pour un an, trois ans ou cinq ans, sera au rendez-vous ? Ne pensez-vous pas qu'il est préférable de miser sur leur engagement et sur leur envie ? (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

Pensez-vous qu'ils consacreront le même temps aux consultations et qu'ils verront le même nombre de malades si on leur impose de s'installer sur un territoire, que s'ils ont, au contraire, envie d'y construire leur vie ?

M. Ugo Bernalicis. Ils prêtent serment !

M. Guillaume Garot. Et les instituteurs, alors ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Thomas Mesnier l'a dit : le problème tient au manque d'attractivité de l'exercice libéral aujourd'hui. Dans leur majorité, les jeunes préfèrent l'exercice salarié. Seuls 15 % d'entre eux choisissent l'exercice libéral à la sortie de leurs études. Et vous les punirez en les envoyant là où ils ne veulent pas aller ?

M. Pierre-Henri Dumont. Ce n'est pas une punition !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ce n'est plus 15 %, mais 0 % des jeunes médecins qui choisiront l'exercice libéral ! C'est exactement le contraire de ce qui est proposé dans ce projet de loi.

Monsieur Benoit, vous dites que les territoires souffrent. Nous partageons tous ce constat, auquel le projet de loi répond. La solution est-elle de décider unilatéralement comment vont exercer les professionnels de santé ?

Il existe quelques territoires surdotés, tel que Millau. Aujourd'hui, je ne vois pas lequel d'entre vous, dont le territoire serait légèrement mieux doté que la moyenne nationale, accepterait d'interdire ou de déconventionner des jeunes qui s'y installent. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée à Millau, pour reprendre cet exemple, est légèrement supérieur à la moyenne nationale. Allons-nous dire aux élus de cette ville qu'ils n'ont plus le droit d'accueillir de médecins pour les cinq ans à venir ? Ce n'est pas un bon message pour les élus locaux.

Monsieur Nury, vous proposez de faire porter l'obligation sur le dernier tiers des médecins reçus aux épreuves classantes nationales. C'est le pire du pire : cela revient à prévoir que les plus mauvais, les moins bien classés, ceux qui ont les moins bonnes notes, sont envoyés dans les territoires sous-dotés. C'est vraiment la médecine à deux vitesses : non seulement vous habitez en zone rurale, mais vous avez les moins bons médecins, les moins bien classés. Ce n'est absolument pas une solution. (*Exclamations sur les bancs des groupes LR et UDI-Agir.*)

Mme Véronique Louwagie. Ce ne sont pas forcément de moins bons médecins !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur Benoit, vous proposez le conventionnement sélectif. Si nous prenons l'exemple de la médecine générale, aujourd'hui, 4 000 médecins généralistes sortent chaque année des études de médecine en France. Parmi eux, 98 % choisissent le secteur 1 et ne sont donc pas concernés par le conventionnement sélectif. Cela signifie qu'un conventionnement sélectif ne concernerait que 2 % de 4 000 médecins, c'est-à-dire 80 médecins par an. Vous rendez-vous compte combien c'est ridicule ? Pensez-vous que nous réglerons le problème de la désertification médicale avec un conventionnement sélectif qui concerne moins de 100 médecins par an ? Voilà, quantitativement, l'effet de votre proposition. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Et s'agissant des spécialistes, qui s'orientent plus fréquemment en secteur 2, vu la difficulté à trouver un ophtalmologiste ou un gynécologue, ils choisiront immédiatement le déconventionnement car ils sont sûrs d'avoir une patientèle. Un ophtalmologue déconventionné en zone rurale sous-dotée pourra demander 70 euros pour une consultation, il trouvera des patients pour les payer. Vous allez donc obligatoirement créer une médecine à deux vitesses. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Certains ajoutent que le numerus clausus n'est pas une bonne méthode : or je n'ai jamais prétendu qu'il constitue une solution à la désertification médicale. C'est une solution de long terme qui produira ses effets dans dix à quinze ans. Il ne faut pas mentir à nos concitoyens, le numerus clausus est un enjeu de protection pour notre jeunesse, qui en subit les effets et se trouve en situation d'échec, et un facteur de diversification des profils des étudiants.

D'autres évoquent le fait que, pour certaines professions, tels que les kinésithérapeutes, les infirmiers ou les pharmaciens, l'installation a été imposée par coercition.

M. Thierry Benoit. Régulée !

M. Philippe Vigier. Organisée !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Régulée. Toutefois, la grande différence, monsieur Vigier, est que la démographie de ces professions augmente de manière très dynamique chaque année. Les kinésithérapeutes sont 3,3 % de plus chaque année.

M. Guillaume Garot. Et les pharmaciens ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ces professions connaissent toutes une démographie en augmentation, et la régulation a pour objet de leur assurer un revenu. En fait, elle leur permet de retrouver de l'activité : ils y sont donc sensibles. Mais, dans le cas d'une démographie médicale en baisse et en berne, nous répartirions la pénurie. Vu les milliers de postes de médecins salariés disponibles sur l'ensemble du territoire – je vous invite à chercher sur internet « médecin salarié » –, un médecin qui ne veut pas s'installer n'a aucune difficulté à trouver une activité. Vous ne pourrez jamais imposer une installation aux 15 % de jeunes diplômés qui souhaitent encore s'installer en exercice libéral. Ce n'est absolument pas réaliste. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Monsieur Dumont, vous prônez une première installation dans l'académie où l'étudiant s'est inscrit en première année. C'est-à-dire qu'une personne ayant fait sa première année de médecine à 18 ans à Rouen devra y retourner à 32 ans...

M. Philippe Vigier. Les études ne durent pas 14 ans!

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cela dépend des spécialités...

M. Philippe Vigier. En médecine générale, 6 ans puis 3 ans, ce sont 9 ans.

Mme Agnès Buzyn, ministre. S'ils n'ont jamais redoublé. Soit, retenons 10 ans ; ils sortent donc de leurs études à 28 ou 29 ans. Pensez-vous vraiment pouvoir leur imposer de retourner à Rouen alors que leur famille a pu déménager ou qu'ils se sont peut-être mariés? Franchement, est-ce le message que nous souhaitons envoyer à notre jeunesse?

Aujourd'hui, toutes les propositions que j'ai entendues ne concernent que les jeunes en formation. C'est absolument inéquitable. Les médecins qui sont installés, qui ont bien vécu et qui ont connu un exercice confortable, même s'ils sont maintenant dans la difficulté, n'auront aucune obligation de mobilité, tandis que nous imposerions à nos jeunes médecins en formation ce que nous n'avons imposé à personne d'autres. Ce n'est pas un bon message à envoyer (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

Madame Fiat et monsieur et Aviragnet, vous proposez l'expérimentation. Cela n'a vraiment aucun sens, car si l'on ne déploie pas tous vos dispositifs sur le territoire national, soyez certains que les territoires expérimentateurs seront fuis par les jeunes médecins.

M. Ugo Bernalicis. Ce n'est pas nous qui proposons l'expérimentation! Ce doit être la fatigue...

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je voudrais conclure en évoquant l'engagement des jeunes aujourd'hui. J'ai travaillé cette réforme avec tous les professionnels de santé, notamment les syndicats de jeunes médecins et tous les syndicats des professions paramédicales. J'ai rencontré des jeunes engagés, qui aiment leur métier, qui aiment la santé publique, qui ont un vrai sens du service public. Alors qu'ils veulent s'inscrire dans une nouvelle responsabilité, qu'est la responsabilité territoriale, qu'ils sont d'accord pour s'engager avec nous dans la réforme que nous proposons, la seule solution qui leur serait proposée reposerait sur des méthodes de régulation ou de coercition, qui vont totalement à l'encontre de leur engagement. C'est un très mauvais signal que nous enverrions à notre jeunesse.

Pour terminer, je voudrais partager avec vous cette citation de Nietzsche, qui est parlante: « Le demi-savoir triomphe plus facilement que le savoir complet: il conçoit les choses plus simples qu'elles ne sont, et en forme par suite une idée plus saisissable et plus convaincante. » C'est ce que vous avez proposé aujourd'hui à nos concitoyens. Ne cédon pas à la facilité et soyons utiles aux territoires. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et MODEM.*)

M. le président. Mes chers collègues, nous allons terminer l'examen de ces amendements en discussion commune ce soir. Dix demandes de prises de parole ont été enregistrées: MM. Door, Vigier, Garot, Gosselin, Mme Essayan, MM. Véran, Bouchet, Grelier, Mme Fiat et M. Viala. Aucun orateur ne s'était inscrit pour le groupe GDR ni pour le groupe UDI, Agir et indépendants à ce stade:

j'ajoute MM. Benoit et Dharréville à cette liste. Je ne prendrai aucun autre orateur pour réagir aux avis de la commission et du Gouvernement.

Nous sommes censés lever la séance à une heure du matin: nous débordons mais, comme nous ne pouvons pas terminer trop tard, j'en appelle à votre sens de la responsabilité en vous demandant de faire preuve de concision.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je me désolidarise des amendements de mes collègues du groupe Les Républicains, mais je leur ai expliqué de vive voix pourquoi avant de prendre le micro. Je voudrais expliquer les raisons pour lesquelles on ne peut pas contraindre à l'installation, comme j'en ai déjà longuement parlé cet après-midi et hier.

Tout d'abord, vous connaissez les chiffres du conseil national de l'Ordre des médecins et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé: moins de 10 % des étudiants choisissent la médecine générale en mode ambulatoire chaque année. C'est un potentiel très faible, surtout rapporté aux 100 départements.

Le deuxième chiffre que je veux citer, et qui n'est pas celui que j'ai entendu de M. Vigier, est l'âge moyen de la première installation: entre 32 et 33 ans. C'est une donnée officielle de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. De plus, certains étudiants se sont déjà engagés dans un projet professionnel et dans un projet familial depuis qu'ils se sont engagés dans le premier cycle de médecine, aux alentours de 19 ans.

Des expériences étrangères ont été évoquées: pour la préparation d'un rapport lors de l'antépénultième législature, lorsque je faisais partie de la majorité, j'ai visité l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark et le Canada. Les mesures de contrainte à l'installation s'y sont révélées contre-productives, et ces pays sont revenus sur celles-ci, y compris dans tous les Länder.

Quel sera le choix des étudiants que l'on obligera ainsi à changer leur parcours professionnel? Ils se détourneront de la médecine générale, pour s'orienter vers la médecine hospitalière, où 2 000 postes sont disponibles aujourd'hui, ou vers la médecine scolaire...

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Door, votre temps de parole est dépassé.

M. Jean-Pierre Door. Je continue, monsieur le président, c'est important. Je voudrais simplement...

M. le président. Non, vous ne pouvez pas continuer, merci monsieur Door. La parole est à M. Philippe Vigier.

Mme Aurore Bergé. C'était très bien!

M. Philippe Vigier. Madame la ministre, je vous ai écoutée avec beaucoup d'attention. Vous vous mobilisez pour trouver des solutions à la désertification médicale: nous menons ce combat depuis longtemps, avant que vous n'arriviez aux responsabilités. Nous avons déjà tout essayé, vous l'avez reconnu vous-même, y compris les mesures financières – que ceux qui doutent lisent le rapport de la Cour des comptes. Et vous l'avez également reconnu, madame la ministre, les dix années à venir seront dramatiques.

En plus, 8 000 médecins travaillent dans les hôpitaux en situation quasiment irrégulière et ne sont pas inscrits au Conseil de l'ordre. Et combien de jeunes vont être formés en Roumanie ou ailleurs, où les parents paient 10 000 ou 15 000 euros de frais de scolarité? Voilà la situation.

Je reconnais que vous acceptez un certain nombre d'ouvertures. Quand vous parlez de coercition, je parle de régulation.

Mes chers collègues, dans quel le métier n'existe-t-il pas de contraintes? À quel fonctionnaire ne dit-on jamais qu'il partira deux ans dans un autre territoire? À quel cadre une entreprise ne demande pas de partir? Qui n'a pas de contraintes? C'est mentir de prétendre le contraire! (*Applaudissements sur les bancs des groupes LT et FI.*)

La plus grande des injustices est de ne pas avoir accès aux soins. Même la présidente du conseil de l'ordre de mon département est favorable à des mesures de régulation. J'ai été combattu par les députés Les Républicains, par les socialistes, même par certains qui étaient au Front de gauche ou ailleurs, mais maintenant nous nous unissons tous parce que le combat est vital. Vous serez obligée d'évoluer sur ce sujet.

Vous avez cité Nietzsche, je conclurai en citant Sénèque: « Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles. » Courage! (*Applaudissements sur les bancs du groupe LT.*)

M. le président. La parole est à M. Guillaume Garot.

M. Guillaume Garot. Madame la ministre, dès qu'il s'agit de régulation, rien ne trouve grâce à vos yeux. Votre approche reste très idéologique. Vous partez du principe que cela ne marche pas, alors que l'on n'a pas essayé cette méthode qui a fait ses preuves pour d'autres professions de santé _ les kinésithérapeutes, les infirmiers, les pharmaciens qui sont, eux aussi, docteurs.

Vous prétendez que cette solution ne vaudrait que pour les professions en dynamisme démographique. Ce n'est pas le cas des pharmaciens, pour qui cette méthode reste valable. Pourquoi ne le serait-elle pas pour les médecins?

Madame la ministre, au fond, nous devons débattre du contrat entre la nation et ses médecins. Je l'ai déjà souligné: la nation prend en charge la formation des médecins. Elle garantit leurs revenus au travers de nos cotisations à l'assurance maladie. Pourquoi serait-il scandaleux de demander aux médecins de s'engager avec nous pour aboutir à la répartition la plus harmonieuse possible dans l'ensemble du territoire national?

Vous préconisez des mesures incitatives, madame la ministre, mais il y a un mois, à l'occasion de l'examen d'une proposition de loi, vous avez repoussé l'incitation tout comme la régulation. Nous proposons en effet de simplifier le plateau technique de l'hôpital et de garantir la permanence des soins, autant de mesures susceptibles de répondre aux nouvelles demandes de pratique professionnelle. Vous les avez rejetées, au nom de votre idéologie.

Mme Rist, aujourd'hui rapporteure, proposait des mesures de régulation au terme des dix années de formation d'une nouvelle génération de médecins. Vous avez tous repoussé cet amendement.

Nous devons répondre à l'urgence et apaiser la souffrance des patients, pas seulement celle des territoires. Là est l'enjeu. Vous devriez être à l'écoute plutôt que de vous arc-bouter sur des positions largement dépassées.

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

M. Philippe Gosselin. Si nous partageons les mêmes positions au-delà de nos divergences politiques, c'est parce que la situation a évolué. Il y a dix ans, madame la ministre, monsieur le rapporteur, je tenais de bonne foi le même discours que vous, tout comme beaucoup d'entre nous. Hélas, nous avons beau avoir essayé plusieurs méthodes, le résultat reste le même. Nous avons construit des dizaines de maisons de santé qui sont aujourd'hui des coquilles vides. Nous avons essayé de salarier les médecins, en vain. Cela étant, nous ne dirons pas, à l'instar de Mitterrand en 1993, à propos du chômage, que « nous avons tout essayé ». Le sujet est délicat.

Loin de nous l'idée de stigmatiser les médecins. Faire passer ces mesures pour de la coercition est vexatoire. Nous serions plus avisés de parler de régulation ou d'encadrement, d'autant que de tels dispositifs existent pour d'autres professions. Les notaires ou les huissiers ne s'installent pas où ils veulent, tout comme d'autres professionnels de la santé _ les infirmiers, les kinésithérapeutes, les pharmaciens. Beaucoup de secteurs sont régulés. Nous devons aujourd'hui nous poser les bonnes questions. L'installation sous une forme régulée n'est pas la seule issue. Du reste, il n'existe pas de solution unique: il faut prendre un éventail de solutions.

Nous devons faire comprendre aux médecins qu'ils ne rateront pas leur vie parce qu'ils en auront passé une petite partie en milieu rural ou dans un quartier moins accessible. C'est une question d'aménagement du territoire.

Enfin, nous devons cultiver la notion de lien. Si le lien entre l'armée et la nation est souvent évoqué, il est temps de faire comprendre aux professionnels de la santé que le lien entre la santé et la nation doit être restauré, dans l'intérêt général. S'il est dramatique de ne pas avoir de médecin, il est pire de voir des gens mourir ou souffrir faute de médecin. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

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

M. Cyrille Isaac-Sibille. Ce débat est intéressant et digne et je remercie Mme la ministre d'avoir pris la peine de nous faire un long plaidoyer pour expliquer sa position. On parle beaucoup de désertification médicale: si l'on adoptait les mesures contraignantes que vous proposez, nous affronterions une véritable désertion médicale.

Sur le papier, votre proposition pourrait être intéressante mais essayez tout simplement de vous mettre à la place d'un jeune médecin qui vient d'achever ses études, à 28 ou 29 ans. Il a mené sa vie, construit une famille: pensez-vous qu'il acceptera de s'installer 200 kilomètres plus loin? Aujourd'hui, 10 000 postes hospitaliers sont vacants. Entre l'installation contrainte en libéral à 200 kilomètres et la prise de fonction à l'hôpital tout proche, le choix sera rapide.

Je m'adresse aussi bien à mes collègues qui siègent à droite qu'à ceux qui siègent à gauche _ plus, peut-être, à ceux de gauche: nous devons favoriser la médecine libérale. Les chiffres parlent d'eux-mêmes: 12 % des jeunes diplômés s'installent en libéral, 25 % attendent deux ou trois ans

avant de le faire. Nous devons susciter le désir de s'installer en libéral, en libérant cette installation des contraintes qui pèsent sur elle.

M. Guillaume Garot. Il n'y en a pas !

M. Cyrille Isaac-Sibille. C'est ainsi que nous réussissons : à partir non pas d'une seule solution mais d'un éventail de solutions. Le projet de loi a précisément l'intérêt d'en proposer plusieurs.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. L'histoire du désert médical en France est ancienne. L'étude de la cartographie française du XVI^e siècle révèle des territoires, pratiquement les mêmes qu'aujourd'hui, où les médecins manquaient.

Plus jeune, j'ai connu un médecin qui avait connu un officier de santé encore en activité. On a toujours cherché des solutions, des martingales, pour améliorer la répartition des médecins dans le territoire. Ainsi, les officiers de santé, qui n'étaient pas diplômés de l'université de médecine mais avaient suivi des études beaucoup plus courtes, pouvaient aller soigner les gens dans les campagnes.

Puis, nous avons connu la belle période de la pléthore, avant le *numerus clausus*. Si on le supprimait aujourd'hui, on ne mettrait pas fin aux déserts médicaux, mais s'il n'avait pas existé, les déserts médicaux n'existeraient pas. Dans les années 1990, l'expression « désert médical » est inconnue de Google, contrairement à « pléthore médicale ». La première occurrence de « désert médical » apparaît en 2003 sur Google, au moment où les ophtalmologues allaient manquer dans le centre de Paris, au mois d'août.

C'est ainsi que nous avons brutalement compris qu'en restreignant le nombre de médecins formés à 3 500 par an jusque dans les années 2000, nous avons creusé les écarts. Les difficultés n'ont pas cessé ensuite.

La ministre l'a très bien expliqué, il n'y a pas de martingale. En revanche, des mesures incitatives pourraient donner de bons résultats. Je ne veux pas entendre ces discours selon lesquels les médecins, parce que la nation leur a payé leurs études, lui devraient tout. Pas un seul hôpital, dans ce pays, ne peut tourner sans interne en médecine. Ils gagnent le SMIC pour assurer des journées de douze heures de travail, des gardes de nuit, sauver des vies, soigner les gens. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*) Arrêtons ce raisonnement. Ce n'est pas parce que l'on vous paie certaines choses que vous êtes redevables de tout.

Quant à la répartition, je reconnais que, si le problème se pose, il est surtout numérique. D'un territoire à l'autre, nous pouvons passer de 1 à 1,7 médecin d'écart. Le ratio différencié n'est pas si important. Dans l'Aveyron, au sein de la même circonscription, deux cantons sont surdotés, deux autres sous-dotés et deux dans la moyenne. Prenons garde aux mauvaises solutions qui pourraient décourager les jeunes de s'installer.

Je terminerai moi aussi par une citation, de Coluche en revanche : « Tous les champignons sont comestibles, mais certains ne le sont qu'une fois seulement ». Attention, les mesures que nous prenons peuvent faire des dégâts. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Bouchet.

M. Jean-Claude Bouchet. Je serai très bref, sans citation ni effet de manche, car ce serait contraire à mes habitudes. Je me pose des questions : si vous voulez affecter des jeunes dans des zones sous-denses, quand cette mesure s'appliquera-t-elle ? D'ici deux ou trois ans ? Comptez-vous modifier les règles au cours du jeu, alors que cela ne doit jamais se faire ?

M. Guillaume Garot. Comme pour les retraites !

M. Jean-Claude Bouchet. Allez-vous annoncer aux jeunes qui entreront à la faculté l'an prochain que, dans dix ans, ils seront affectés dans certains territoires ? Je ne suis pas certain de l'efficacité d'une telle mesure.

Par ailleurs, je préfère l'esprit d'entreprendre et je suis déçu que l'on considère les jeunes médecins comme de la marchandise. Je comprends que l'on veuille les inciter à s'installer en zones sous-denses, pas qu'on les y contraigne. N'oubliez pas qu'ils ont peut-être un conjoint, une famille. Il faut trouver d'autres solutions pour que la médecine libérale redevienne accessible à tous, sinon le remède sera pire que le mal.

M. le président. La parole est à M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Je constate, avec Jean-Pierre Door, que nul n'est prophète en son pays, ce que je regrette. J'avais cru comprendre que l'exercice libéral était dans l'ADN de ma famille politique mais je me suis trompé. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe LR.*)

Je fus de ceux qui virent dans la contrainte, la coercition, la régulation _ peu importe le terme _ une solution possible. Or, à écouter les étudiants en médecine, on prend conscience que l'enfer est pavé de bonnes intentions.

Les explications avancées par les uns et les autres me semblent justes. C'est vrai, l'hôpital public est le premier concurrent de la médecine libérale. Envoyer ce message dans les facultés de médecine, c'est faire se précipiter tous les étudiants vers l'hôpital et non plus vers nos territoires, ce qui serait catastrophique.

Quant au déconventionnement, qui permettrait aux médecins de fixer librement leurs tarifs, il présente le risque, pour notre système de santé, de rendre inaccessibles les consultations à une partie de la population, ce qui m'inquiète fortement.

J'ai entendu beaucoup de vérités révélées ce soir, qui me peinent, comme elles ont dû choquer les étudiants en médecine qui suivent nos débats.

Je conclurai en citant Nelson Mandela : « Que nos choix reflètent nos espoirs et non pas nos peurs ». (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

M. le président. Madame Fiat, avez-vous une citation ?

Mme Caroline Fiat. Non, monsieur le président.

J'ai évoqué la situation intenable des internes et vous semblez partager cet avis : qu'attendez-vous pour augmenter leur rémunération ? Cessons de nous servir de leur faible rémunération pour les victimiser. Augmentons-la plutôt ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe LT.*)

Rappelons également que les hôpitaux tournent grâce non seulement aux internes, mais aussi aux infirmiers et aux aides-soignants. Or l'école d'aide-soignant est payante _ 1 500 euros pour les dix mois _ et les stages ne sont pas

rémunérés, ce qui n'empêche pas ceux qui en sortent diplômés de travailler là où on les affecte et de faire tourner les établissements. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SOC.)*

Quant aux mesures de conventionnement sélectif, certains prétendent que les médecins se déconventionneraient tous, si elles étaient appliquées. N'oublions pas la situation d'urgence sanitaire et sociale. Ce serait bien de pouvoir décider d'interdire le déconventionnement le temps de résorber cette crise. C'est faisable.

Cessons de trouver des excuses. Mme la ministre craint qu'il n'y ait plus que des médecins salariés dans les territoires, mais si j'habitais dans un désert médical, peu m'importerait que mon médecin soit fonctionnaire, salarié ou en libéral, dès lors qu'il me soignerait ou soignerait ma famille.

Pour ce qui est des raisons financières, madame la ministre, vous considérez dans un premier temps que l'argent ne permettra pas d'attirer les médecins, avant de dire le contraire à M. Dharréville, qui vous demandait d'arrêter de raisonner en termes d'argent, à propos des exonérations.

Nous vivons, enfin, dans une société et à une époque où nos collègues de la majorité se joignent au Gouvernement et à M. Macron pour s'en prendre aux chômeurs, en leur disant : « Si vous voulez travailler, vous n'avez qu'à partir ailleurs. » Les chômeurs n'ont-ils donc pas de famille ? N'abandonneront-ils personne s'ils partent à 200 kilomètres de chez eux pour trouver un emploi ? N'auront-ils pas le problème de trouver une école pour leurs enfants ? Pour les médecins, il n'en serait pas question, mais pour les chômeurs, oui ! Pour moi, comme c'est l'égalité pour tous, c'est non aussi pour les chômeurs ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe SOC – M. Favennec Becot applaudit également.)*

M. le président. La parole est à M. Arnaud Viala.

M. Arnaud Viala. Millau se trouve dans la circonscription dont je suis l'élu. J'avais la faiblesse de penser, madame la ministre, que vous vous rappeliez ce détail, puisque je vous ai très souvent interpellée au sujet de l'hôpital de proximité de Millau-Saint-Affrique. Mais peu importe.

Je veux simplement vous dire que nous sommes nombreux ici à considérer que notre devoir est de défendre l'intérêt général. Je le dis aussi à l'adresse de ceux de mes collègues qui se permettent des remarques que je trouve particulièrement inappropriées. Au regard de l'intérêt général, votre plaidoyer, qui m'a surpris par son dogmatisme, n'est pas approprié au débat que nous voulions susciter.

Il visait à proposer des mesures complémentaires à ce qui existe et aux solutions que vous prônez, et que nous avons saluées, et non vilipendées, contrairement à ce que vous avez fait.

L'intérêt général, que nous défendons, impose de refuser – je vous le dis tout net à ce stade de la discussion – l'existence de zones sous-denses pour lesquelles vous ne promettez finalement rien de mieux que le renfort de médecins retraités qui prolongent leur carrière, ou, éventuellement, celui d'assistants médicaux ou d'autres professionnels de santé, qui exécutent des actes médicaux lorsque les médecins font défaut.

Pour ces zones sous-denses, vous ne promettez rien d'autre, en défendant demain les articles suivants, que des hôpitaux de proximité au rabais, où il n'y aura plus de bloc opératoire, mais seulement des services qui traitent les

urgences les moins graves, c'est-à-dire des infirmeries. Nous n'en voulons pas, et personne ici ne me fera dire que je l'accepte. *(Applaudissements sur les bancs des groupes LR et LT.)*

M. le président. La parole est à M. Thierry Benoit.

M. Thierry Benoit. Soyez remerciée, madame la ministre, du soin que vous avez mis à répondre à l'ensemble des amendements. Force m'est cependant de constater, sans vouloir vous offenser, que vous marchez dans les pas de vos prédécesseurs : vous défendez la doctrine de l'encouragement, de l'incitation, de la liberté. Or il ne s'agit plus de choisir entre la doctrine libérale et une autre. La convention sélective est, pour moi et pour le groupe UDI-Agir et indépendants, un outil de programmation et de planification.

Si l'on n'y prend pas garde, ce que l'on appelle aujourd'hui des déserts médicaux seront bientôt des déserts sociaux. Ce sera le sort des territoires semblables à la commune dont le jeune député Pierre-Henri Dumont était encore maire il y a quelques mois : il nous a expliqué que, pour 10 000 habitants, elle ne comptait que deux médecins. L'absence de médecin est un indicateur de fragilité : les services publics s'en vont, les écoles disparaissent...

La vitalité, madame la ministre, est aussi une question d'aménagement du territoire. Si, comme moi, de nombreux députés de différents bancs sont inquiets, c'est parce qu'au fil des années nous observons la formation de poches, dans certaines parties de notre territoire, qui se fragilisent et se dévitalisent. Nous voyons leurs populations, qui se sentent abandonnées, chercher des solutions. En tant qu'élus politiques, nous leur devons la santé, la sécurité et l'éducation. Ce sont les enjeux essentiels et les fonctions vitales d'un territoire.

Les mesures que contient votre texte sont, pour moi, d'ordre technique. Elles peuvent contribuer à l'organisation du système de santé, mais elles ne répondent pas à la question du soin, c'est-à-dire à celles du service de santé, de la proximité de la santé et de l'accès de nos concitoyens aux soins de proximité.

Voilà ce qui me préoccupe, madame la ministre. J'ai parlé au Premier ministre, le 20 novembre, dans cet hémicycle, de la trajectoire sociale et humaine de votre projet politique. Je vous le demande à nouveau ce soir : quelle est la trajectoire sociale et humaine du projet de santé que vous voulez pour les Français ?

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Peut-être un tabou est-il sur le point de tomber, ou, en tout cas, de se fissurer – dans cette mesure, notre débat de ce soir est important : l'exercice de la médecine ne me paraît pas relever de la liberté d'entreprendre. J'ai entendu certaines théories à ce sujet, mais je crois qu'elles se trompent de registre.

Certains veulent peut-être faire des médecins libéraux et de la médecine libérale une sorte de symbole. Ce n'est pas mon point de vue. Ce sont, au contraire, le droit à la santé et l'égal accès de tous aux soins qui doivent nous guider. Tel doit être le point de départ de toutes les réflexions de notre assemblée.

Le groupe de la Gauche démocrate et républicaine a plusieurs fois déposé des amendements, pour s'élever notamment contre les dépassements d'honoraires, et contre tout ce qui conduit à une santé à deux vitesses – contre tout ce qui relève, finalement, de la marchandisation de la santé.

Je pense que les jeunes qui veulent s'engager dans cette profession sont habités par une sorte de vocation, par la volonté de se mettre au service de leurs concitoyens. S'il faut nous appuyer sur cette force considérable, nous devons aussi nous tourner vers des outils de régulation. Ce projet de loi aurait pu proposer, au minimum, d'étudier les pistes de régulation à suivre pour essayer d'avoir prise sur l'installation des professionnels dans le territoire. Pour l'instant, les propositions avancées ne sont pas suffisantes.

Le meilleur amendement n'a pas encore été examiné, mais le sera sous peu : c'est le n° 345. Il propose : « Dans les zones définies par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone. » Cette proposition mériterait d'être versée à notre débat. *(Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et FI.)*

M. le président. Nous pourrions ainsi considérer, demain matin, que vous avez déjà défendu l'amendement n° 345 *(Sourires)*. Après cette longue discussion commune, je vous propose de passer aux votes.

(L'amendement n° 351 n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 2073.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	117
Nombre de suffrages exprimés	106
Majorité absolue	54
Pour l'adoption	20
contre	86

(Le sous-amendement n° 2073 n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1128.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	116
Nombre de suffrages exprimés	106
Majorité absolue	54
Pour l'adoption	20
contre	86

(L'amendement n° 1128 n'est pas adopté.)

(Le sous-amendement n° 2074 rectifié n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 653 n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n° 652 et 1542 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1541.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	114
Nombre de suffrages exprimés	106
Majorité absolue	54
Pour l'adoption	18
contre	88

(L'amendement n° 1541 n'est pas adopté.)

(Les amendements n° 655, 729, 933 et 654, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1677.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	113
Nombre de suffrages exprimés	105
Majorité absolue	53
Pour l'adoption	16
contre	89

(L'amendement n° 1677 n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1266.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	109
Nombre de suffrages exprimés	104
Majorité absolue	53
Pour l'adoption	17
contre	87

(L'amendement n° 1266 n'est pas adopté.)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

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

Suite de la discussion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

La séance est levée.

(La séance est levée à une heure vingt-cinq.)

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

SERGE EZDRA