

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XV^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

Séances du jeudi 21 mars 2019

Compte rendu intégral



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



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

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance	2805
2 ^e séance	2841
3 ^e séance	2889

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

189^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du jeudi 21 mars 2019

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTICE DE M. MARC LE FUR

1. Organisation et transformation du système de santé (p. 2807)

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 2807)

Après l'article 5 *bis* (*suite*) (p. 2807)

Amendements n^{os} 1066, 345, 592, 1158, 1355, 2069 (sous-amendement), 2070 (sous-amendement), 1379, 1069, 1160

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Amendements n^{os} 757, 2041, 1078, 105, 228, 331, 350, 1514, 1516

Avant l'article 6 (p. 2823)

Amendements n^{os} 789, 1878

Article 6 (p. 2823)

Mme Isabelle Valentin

M. Guillaume Larrivé

M. Bernard Perrut

M. Joachim Son-Forget

M. Alain Bruneel

Mme Caroline Fiat

M. Jean-Pierre Door

M. Cyrille Isaac-Sibille

Amendements n^{os} 59, 179, 334, 346, 1399, 1410, 1419, 1415, 1398, 347, 805

Après l'article 6 (p. 2830)

Amendements n^{os} 1791, 1948 rectifié

Amendements n^{os} 31, 60, 416, 492, 601, 740, 791, 1195, 1550

Amendements n^{os} 885, 1339, 1561, 349

Amendements n^{os} 828, 829, 871, 1894, 1951, 851, 1784, 240

Article 7A (p. 2835)

M. Raphaël Schellenberger

Amendements n^{os} 1520, 1628

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

Article 7B (p. 2836)

Amendement n^o 1852

Amendement n^o 1904 et 1919

Après l'article 7B (p. 2837)

Amendement n^o 1344

Article 7C (p. 2837)

Amendements n^{os} 126, 602, 1196

Amendements n^{os} 1921 et 1922, 1854

Amendements n^{os} 1923 et 1924, 1317

Article 7D (p. 2838)

Amendement n^o 1905

Après l'article 7D (p. 2838)

Amendement n^o 1087 rectifié

Amendements n^{os} 1489 rectifié, 254 rectifié

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 2839)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion d'un projet de loi

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. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles du projet de loi, s'arrêtant à l'amendement n^o 1066 portant article additionnel après l'article 5 bis.

Après l'article 5 bis *(suite)*

M. le président. Sur l'amendement n^o 1066, 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.

Les amendements n^{os} 1066, 345, 592, 1158, 1355, 1379, 1069 et 1160 peuvent être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 345, 592 et 1158 sont identiques.

La parole est à M. Yves Daniel, pour soutenir l'amendement n^o 1066.

M. Yves Daniel. J'espère, chers collègues, que la nuit aura porté conseil ! L'objet du présent amendement est d'instaurer un conventionnement sélectif des médecins libéraux dans les zones où l'offre de soins est en fort excédent, afin de favoriser leur installation dans les zones peu denses et d'améliorer l'accès aux soins sur tout le territoire.

Nous répétons ici ce que nous disions cette nuit. Il s'agit d'étendre aux médecins libéraux l'application d'un dispositif de régulation – j'insiste sur ce terme – à l'installation, qui existe déjà dans d'autres pays, notamment l'Allemagne, et, en

France, pour d'autres professionnels de santé, tels que les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les orthophonistes ; un dispositif qui a fait ses preuves.

M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales. Non ! Ça ne marche pas !

M. le président. Sur les amendements identiques n^{os} 345, 592 et 1158, je suis saisi par le groupe Socialistes et apparentés ainsi que par le groupe de la Gauche démocrate et républicaine d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Alain Bruneel, pour soutenir l'amendement n^o 345.

M. Alain Bruneel. Nous reprenons ce matin le débat, interrompu cette nuit à 1 h 30, sur les déserts médicaux.

J'ai ici quelques chiffres sur cette réalité : 5,5 millions de Français, soit 9 % de la population, résident dans une commune sous-dense en médecins généralistes ; en dix ans, le nombre de médecins généralistes dans notre pays a baissé de 8 000, soit une diminution de 14 %, et le nombre de spécialistes de 749 ; 8,6 % des patients n'ont aucun médecin traitant. Ces chiffres sont extraits du rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins, publié au mois d'octobre 2018. L'amendement vise à remédier à cette situation.

S'agissant des zones sous-dotées, il me semble que le plan santé reste trop timide. S'il comporte quelques mesures intéressantes, telles que l'envoi de médecins salariés dans les déserts médicaux, il procède surtout à l'amplification de mesures incitatives – doublement du nombre de maisons de santé, aides à l'installation, stages offerts aux internes en médecine de ville.

C'est pourquoi nous proposons cet amendement. S'il ne règle pas tout, il permettrait au moins de limiter la pénurie de médecins dans nos territoires.

Il y aurait tant à faire pour déployer les centres de santé et promouvoir la médecine salariée, qui correspond aux aspirations des médecins ! Prenons exemple sur la réussite du conseil départemental de Saône-et-Loire, qui a créé un réseau départemental de centres de santé et réduit ainsi l'ampleur de la désertification médicale.

M. le président. La parole est à M. Yves Daniel, pour soutenir l'amendement n^o 592.

M. Yves Daniel. Défendu !

M. le président. La parole est à M. Guillaume Garot, pour soutenir l'amendement n^o 1158.

M. Guillaume Garot. Il aborde la question du conventionnement sélectif, qui est un dispositif de régulation de l'installation des médecins. La première priorité, en matière de santé publique et d'offre de soins, est de lutter contre les inégalités entre les territoires. Celles-ci sont criantes; elles se creusent même, puisque, depuis dix ans, elles se sont aggravées. Ainsi, plusieurs départements – et ils sont nombreux – ont perdu des médecins, alors même que leur population a augmenté. L'élu de la Mayenne que je suis peut en témoigner. D'autres départements, au contraire, ont gagné des médecins.

J'ai ici quelques chiffres: en dix ans, la Nièvre a perdu 27 % de ses généralistes, et l'Indre 24 %. Au contraire, ce chiffre a augmenté de 8 % en Savoie, de 3 % dans les Pyrénées-Atlantiques, de 4 % en Charente-Maritime et de 3 % dans le Var, soit en tout 150 médecins supplémentaires.

Comment lutter contre ces inégalités territoriales? Le conventionnement sélectif repose sur une idée très simple. Il s'agit de dire aux médecins: « Ne vous installez pas là où les besoins de santé sont déjà pourvus, mais là où on a besoin de vous, et où vos patients vous attendent! ». Voilà en quoi consiste le conventionnement sélectif. Au demeurant, l'idée n'est pas neuve.

Mme Bérengère Poletti. En effet!

M. Guillaume Garot. Nous étions quelques-uns, ici même, à la défendre dès 2016,...

Mme Bérengère Poletti. Bien avant!

M. Guillaume Garot. ...notamment Mme la présidente de la commission des affaires sociales, M. le président de l'Assemblée nationale, Richard Ferrand, et M. le ministre de l'intérieur, Christophe Castaner, qui étaient alors députés.

Mme Bérengère Poletti. Roselyne Bachelot la défendait dès 2008!

M. Guillaume Garot. Je ne doute pas, chers collègues de la majorité, que vous leur ferez confiance et adopterez le dispositif proposé, ce qui est indispensable si l'on veut assurer l'efficacité des dispositifs d'incitation dont nous avons abondamment débattu hier soir.

M. le président. Sur l'amendement n° 1355, qui fait l'objet de deux sous-amendements, n°s 2069 et 2070, je suis saisi par le groupe Socialistes et apparentés ainsi que 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. Guillaume Garot, pour soutenir l'amendement.

M. Guillaume Garot. Il porte également sur le dispositif du conventionnement sélectif, avec une nuance de taille. Les inégalités d'accès aux soins ne sont pas uniquement territoriales, elles sont aussi sociales.

Il existe des zones où les besoins de santé sont largement pourvus, mais le plus souvent par des médecins conventionnés en secteur 2. Ainsi, l'accès à des médecins conventionnés en secteur 1, dont les consultations sont intégralement remboursées par la sécurité sociale, y est très difficile.

L'amendement reprend ce que nous avons plaidé au mois de janvier dernier, lors de l'examen de la proposition de loi pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale déposée par le groupe Socialistes et apparentés. Il tend, à titre exceptionnel, à exempter les médecins s'installant en secteur 1 dans les zones où les besoins de santé sont déjà pourvus, de l'application du conventionnement sélectif qui, par ailleurs, les empêcherait de s'installer en secteur 2.

M. le président. Sur le sous-amendement n° 2069, 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. Thierry Benoit, pour le défendre.

M. Thierry Benoit. Le sous-amendement n° 2069 vise à faire en sorte que le conventionnement sélectif tel qu'il est prévu par l'amendement n° 1355, présenté à l'instant par notre collègue Guillaume Garot, fasse l'objet d'une application immédiate. Le sous-amendement n° 2070 prévoit, quant à lui, une application différée, six mois après la promulgation de la loi.

Ils découlent du constat que les déserts médicaux évoluent en déserts sociaux. Nous en avons longuement débattu cette nuit. Lorsque le nombre de médecins diminue, qu'il n'y a plus de médecins ni d'accès aux soins de proximité, comme c'est le cas dans certaines poches du territoire métropolitain et d'outremer, c'est indicateur de fragilité. Le tissu social étant fragilisé, les déserts médicaux deviennent des déserts sociaux.

Nous devons à nos concitoyens sécurité, éducation et santé. C'est le minimum que nous leur devons dans les territoires!

C'est pourquoi nous proposons d'instaurer le conventionnement sélectif, qui est un outil de planification et de programmation. Nous disposons de données statistiques très précises, permettant de prévoir, à l'horizon de cinq ou dix ans, l'évolution de la population – donc de la démographie médicale – dans les territoires.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Non!

M. Thierry Benoit. Il est de notre responsabilité d'agir. Il y a urgence! Les habitants de certaines parties du territoire, qu'elles soient urbaines ou rurales, ne peuvent plus attendre. Tel est tout le sens des deux sous-amendements.

M. le président. Sur le sous-amendement n° 2070, 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.

Ce sous-amendement vient d'être défendu par M. Thierry Benoit.

La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n° 1379.

Mme Caroline Fiat. Nous proposons de faire en sorte que le conventionnement des médecins libéraux avec l'assurance-maladie soit soumis à l'appréciation de la densité de l'offre de soins dans sa zone d'installation, selon des critères définis par les agences régionales de santé. Les modalités d'application du dispositif pourraient être fixées par un décret en Conseil d'État.

Hier soir, à ce sujet, on a entendu le mot « coercition ». Il s'agit bien d'un dispositif de régulation. Quiconque choisit de devenir soignant, médecin ou d'exercer une profession de santé le fait, en général, pour protéger et soigner l'autre. Imaginer que ces gens ne veulent pas aider les autres au motif que ceux-ci résident en zone sous-dense serait leur faire offense. Il s'agit véritablement d'une régulation.

M. Guillaume Garot. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Yves Daniel, pour soutenir l'amendement n° 1069.

M. Yves Daniel. Cet amendement de repli vise à instaurer un conventionnement sélectif des médecins libéraux à titre expérimental, pour une durée de trois ans, afin de favoriser leur installation dans les zones peu denses. Il s'agit toujours d'étendre aux médecins libéraux l'application d'un dispositif dont je rappelle, comme plusieurs de nos collègues, qu'il vise à la régulation de leur installation.

M. le président. Sur l'amendement n° 1160, 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 l'amendement n° 1160.

M. Joël Aviragnet. Il vise, lui aussi, à instaurer un conventionnement sélectif. On voit bien que cette demande est de plus en plus partagée, sur tous les bancs de cet hémicycle.

M. Sylvain Maillard. Ce n'est pas ce que nous avons vu hier soir !

M. Joël Aviragnet. Il nous semble qu'il faut y réfléchir davantage, en tâchant de nous projeter dans l'avenir, et pas uniquement avec des arguments dont certains sont parfois un peu surprenants.

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure de la commission des affaires sociales. Tous ces amendements visent à instaurer le conventionnement sélectif. Je rappellerai deux arguments avancés hier soir. Toute mesure coercitive entraîne une fuite des étudiants en santé vers les postes salariés – je rappelle qu'il en existe 20 000 à l'heure actuelle. Telle serait la première conséquence grave de l'adoption de vos amendements, chers collègues.

La seconde, qui à mes yeux l'est encore plus, est d'augmenter, parmi les médecins, le nombre de déconventionnements, avec un risque social majeur pour notre société. Avis très défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous reprenons la même discussion qu'hier, avec les mêmes arguments. Vous développez l'argument de pays qui ont tenté le conventionnement sélectif. Mais toutes les expérimentations en ce sens, que ce soit en Allemagne, aux États-Unis, au Canada ou en Autriche, montrent que les mesures coercitives ne fonctionnent pas, quel que soit leur format.

Elles aboutissent à l'installation des médecins en zone limitrophe des zones sous-denses ou à des déconventionnements.

Vous comparez, ensuite, avec d'autres professions paramédicales, qui sont, je vous le rappelle, des professions à dynamique forte. Ces professionnels ont besoin de gagner leur vie, et ils y arrivent par la répartition sur le territoire. Les médecins constituent, à l'inverse, une profession dont la dynamique est largement en diminution – ou tout au moins en stabilisation –, et insuffisante pour couvrir l'ensemble de la population. Nous sommes en pénurie de médecins. Sachant que seuls 15 % d'entre eux souhaitent entrer dans un exercice libéral, si un conventionnement sélectif leur est imposé, soyez assurés que ces 15 % encore sensibles à l'exercice libéral à la fin de leurs études choisiront immédiatement un poste de médecin salarié. Car des milliers de postes salariés sont vacants sur le territoire français. Nous passerons donc de très peu de médecins souhaitant l'exercice libéral à plus aucun qui l'envisage.

Vos textes parlent d'eux-mêmes. Dans vos exposés sommaires ou les modifications de texte que vous proposez, vous parlez de « zones dans lesquelles est constaté un fort excédent de médecins ». Cela parle de soi : quel élu sur ces bancs peut aujourd'hui s'imaginer que sa circonscription est une zone à forte densité médicale, bénéficiant d'un fort excédent de médecins ?

M. Sébastien Jumel. Saint-Tropez !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Saint-Tropez, vous avez raison, monsieur le député Jumel ! Je ne sais pas où se trouve l'élu de Saint-Tropez sur ces bancs mais, sincèrement, si vous pensez repeupler la France avec des médecins de Saint-Tropez, vous allez à l'échec ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

« Zones à fort excédent », dites-vous. Vous savez pourtant bien que, même en zone urbaine, même à Paris,...

M. Sébastien Jumel. Disons alors à Neuilly-sur-Seine !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ...il est difficile de trouver un médecin généraliste. Il n'existe plus, en France, de zone surdotée en médecins généralistes.

M. Sébastien Jumel. Neuilly-sur-Seine !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ce texte éteint par lui-même la mesure que vous préconisez.

Comme l'a dit Mme la rapporteure, si vous proposez un conventionnement sélectif, autorisant l'installation en secteur 2 pour un médecin qui part à la retraite en secteur 2 et d'un médecin en secteur 1 pour un médecin partant à la retraite en secteur 1, je l'ai déjà souligné hier, 98 % des médecins généralistes vont en secteur 1. Cela signifie que la régulation que vous mettez en œuvre sur les secteurs 1 et 2 régulera l'installation de quatre-vingts médecins par an puisque, statistiquement, seulement 2 % des jeunes médecins demandent le secteur 2 au sortir de leurs études. Avec une régulation portant sur quatre-vingts médecins, nous serons, là encore, particulièrement efficaces !

Par ailleurs, vouloir un conventionnement qui dépende des départs à la retraite des médecins, sans parler des secteurs 1 ou 2, aboutit immédiatement à un déconventionnement des médecins en zone rurale. En réalité, vous allez envoyer, dans des zones normalement dotées aujourd'hui, des médecins auxquels vous n'autorisez pas l'installation et qui vont se

mettre en déconventionnement. Vous allez donc créer une médecine à deux vitesses, puisque vous n'aurez pas plus de médecins dans les zones sous-denses.

M. Sylvain Maillard. Eh oui !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Par contre, pour accéder à un médecin, nous aurons de plus en plus de médecins non conventionnés. Donc, en réalité, de plus en plus de patients vont devoir accéder aux soins sans être remboursés par la sécurité sociale. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*) Vous savez pertinemment qu'aujourd'hui, n'importe où qu'il s'installe en France, un médecin généraliste a dans son cabinet, dès le lendemain, une file d'attente de cinquante patients qui cherchent un médecin traitant. Un médecin non conventionné ne rencontrera aucun problème pour trouver une patientèle.

Voilà la situation à laquelle nous sommes aujourd'hui confrontés parce que les gouvernements successifs soutenus par des majorités sur l'ensemble de ces bancs, n'ont pas pris leurs responsabilités et n'ont pas anticipé la situation ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

M. Fabien Di Filippo. Quand on a si peu de résultats, il faut rester modeste !

Mme Marie-Christine Dalloz. Ce n'est pas avec ce texte que nous en aurons plus !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le dernier amendement, celui de M. Aviragnet, invite à l'expérimentation. Vous vous doutez bien que si les jeunes médecins ne souhaitent pas aller dans une zone et que vous expérimentez le conventionnement sélectif ou toute autre forme de coercition, ils iront tout simplement s'installer dans la région voisine. Vous pouvez être sûr que plus aucun jeune médecin ne s'installera dans la région expérimentale. Je ne comprends vraiment pas la logique de cette mesure. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM.*)

Nous avons eu largement le temps de débattre de toutes ces propositions hier. Je viens de rappeler brièvement combien ces mesures sont inappropriées pour répondre à la difficulté dans laquelle nous nous trouvons. Permettez-moi, pour conclure, de rappeler que l'objet de cette loi est de donner envie aux jeunes de s'installer dans ces zones – pas de les y forcer, de leur en donner envie ! Il s'agit donc de leur proposer un exercice qui soit attractif, en leur permettant de travailler à plusieurs, au sein d'équipes pluri-professionnelles ; de leur redonner du temps médical, grâce aux assistants médicaux ; de leur proposer des protocoles de coopération dans lesquels des tâches sont réalisées par d'autres professionnels de santé que les médecins. C'est ce que j'ai commencé à développer avec la vaccination dans les pharmacies ; c'est ce que proposeront des amendements qui vont suivre, relatifs aux délégations de tâche que vous avez adoptés en commission.

Tout cela est en cours. Ne mettons pas à mal l'objectif de cette loi, qui est de rendre l'exercice libéral de plus en plus attractif pour nos jeunes médecins, et de faire en sorte que la qualité des soins soit au rendez-vous pour nos concitoyens. User de coercition, c'est avoir la certitude que nous aurons des médecins malheureux qui ne voudront pas faire leur métier et qui en feront le moins possible. Ce n'est pas ce que nous souhaitons pour nos concitoyens. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM. – M. Cyrille Isaac-Sibille applaudit également.*)

M. le président. Mes chers collègues, chacun en conviendra, nous sommes au cœur du sujet. Les prises de parole seront nombreuses. Il est nécessaire d'y faire droit. Donc, exprimez-vous, et levez la main si vous souhaitez vous exprimer, au lieu de grogner !

La parole est à M. Sylvain Maillard.

M. Sylvain Maillard. Monsieur le président, c'est un peu une journée sans fin puisque nous repartons sur le même thème que celui sur lequel nous nous sommes quittés hier soir, fort tard.

Permettez-moi, tout d'abord, de dire à mon collègue M. Jumel qu'à Paris aussi, nous manquons de médecins.

M. Sébastien Jumel. J'ai cité Neuilly-sur-Seine.

M. Sylvain Maillard. À Neuilly-sur-Seine, je ne sais. En tout cas, à Paris, nous en manquons. Il faut sortir des caricatures, et aucun élu dans cette enceinte ne dira qu'il a trop de médecins dans sa circonscription. Donc, soyons réalistes sur ce point, le débat gagnera en clarté.

Nous avons commencé la discussion en parlant de coercition. Puis le mot régulation est apparu, d'aucuns considérant sans doute que cela pourrait être plus convaincant. La réalité a très bien été expliquée.

M. Sébastien Jumel. Il vaut mieux être riche et en bonne santé que pauvre et malade !

M. Sylvain Maillard. Cela ne marche pas ! C'est une fausse bonne idée. Mme la ministre vous l'a expliqué, M. le rapporteur et Mme la rapporteure l'ont dit : cela ne marche pas. M. Door, qui a rédigé un rapport sur le sujet, nous l'a expliqué : cela ne marche pas. C'est une fausse bonne idée !

M. Sébastien Jumel. Le reste non plus ! Alors, on regarde passer les trains ?

M. Sylvain Maillard. Nous voulons la liberté pour les médecins de s'installer là où ils le souhaitent, la liberté de pouvoir exercer en groupe. Car c'est cela la médecine moderne ! La médecine pratiquée par le docteur Baker dans « La petite maison dans la prairie » n'existera plus. C'est terminé !

M. Sébastien Jumel. Libérer, délivrer... c'est plutôt « La reine des neiges », votre projet !

M. le président. Autant je donnerai la parole à ceux qui la demandent, autant il faut que chacun respecte les deux minutes de temps de parole. Monsieur Maillard, je vous prie de conclure !

M. Sylvain Maillard. Je termine en revenant sur un point abordé hier, sur lequel je n'ai pas pris la parole : les médecins cubains.

M. Sébastien Jumel. Ce sont les meilleurs !

M. Sylvain Maillard. Je tiens à ce qu'il soit inscrit au compte rendu que j'ai été choqué par ce que j'ai entendu. J'ai entendu dire que nous pourrions éventuellement faire appel à des médecins cubains, c'est-à-dire clairement acheter des médecins au régime cubain pour les faire venir en Guadeloupe ou en Martinique. Pour ma part, je suis très attaché à la liberté ; nous le sommes tous, et elle est inscrite aux frontons de toutes nos mairies. Je trouve de telles solutions inacceptables ! (*M. Vincent Thiébaud et M. Laurent Pietraszewski applaudissent.*)

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

M. Jean-Pierre Door. Nous avons passé des heures, hier soir, sur ce sujet ; nous y revenons aujourd'hui. Il est vrai qu'il s'agit d'un sujet d'importance, en raison du manque de médecins que nous connaissons dans toute la France, pas seulement dans les territoires ruraux mais également, comme cela a été dit, à Paris où, depuis quelques années, on constate une baisse de 25 % de médecins, notamment généralistes.

Je voudrais rappeler la ligne politique des Républicains, puisque nous avons élaboré un programme politique.

M. Thierry Benoit. De certains Républicains !

M. Jean-Pierre Door. Quand bien même serais-je le seul, la ligne politique était de favoriser l'attractivité de la médecine générale. C'est la priorité des priorités. La médecine générale est sans doute le plus beau métier du secteur de la santé. Il faut renforcer cette attractivité.

Nous devons également écouter l'ensemble des jeunes étudiants. Tous leurs représentants, des étudiants aux externes et internes, disent la même chose : ils n'iront pas là où ils ne veulent pas aller, ils n'iront pas là où l'on voudra les emmener. Ils ont un projet professionnel, ils ont un projet familial.

Notre préférence va à une médecine libérale plutôt qu'à toute médecine administrée qui dériverait vers le système britannique – le moins bon système médical européen. Le conventionnement sélectif risque de conduire au déconventionnement des jeunes médecins dans tous les territoires, et c'est un danger dont vous seriez responsables.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Très bien !

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

M. Sébastien Jumel. Il est acté que la majorité a des pudeurs de gazelle lorsqu'il s'agit de mettre en place une territorialisation sélective. Il semblerait que la pudeur soit moins au rendez-vous lorsqu'il s'agit de sacrifier des territoires en fermant des maternités ! Après Die dans la Drôme, Creil dans l'Oise, Saint-Claude dans le Jura, Le Blanc en Indre, Emmanuel Macron est venu avec son cadeau de bienvenue à Grand Bourgheroulde, dans l'Eure, annoncer la fermeture de la maternité de Bernay. Aujourd'hui, *Le Monde* publie une étude qui démontre que l'on a fermé 413 maternités en France en vingt ans et que l'on en a ouvert soixante-treize.

M. Jacques Marilossian. Et alors ?

M. Sébastien Jumel. Le nombre de femmes en âge de procréer domiciliées à plus de quarante-cinq minutes d'une maternité a plus que doublé en vingt ans. Donc, des pudeurs de gazelle (*Exclamations sur les bancs du groupe LaREM*)...

M. le président. On écoute l'orateur, mes chers collègues !

Un député du groupe LaREM. Quel est le rapport ?

M. Sébastien Jumel. ...lorsqu'il s'agit de répondre aux préoccupations légitimes et d'implanter des médecins là où il y en a besoin, mais, alors que c'est pourtant la responsabilité de l'État, l'abandon des territoires, leur sacrifice, leur démenagement, sans sourcilier ! Je ne suis pas hors sujet en disant cela, parce que l'absence de définition claire des hôpitaux de proximité nous fait craindre le pire quant à la

velléité de l'État d'accentuer les inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins sur un grand nombre de nos territoires.

Vous nous proposez donc une loi pour amuser la galerie, une loi qui refuse le volontarisme politique alors que, dans le même temps, vous sacrifiez des territoires entiers.

M. le président. La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Face à un sujet difficile, sensible, voire douloureux et un problème qui paraît simple – installer des médecins là où il n'y en a pas –, la réponse peut être très simple. Mais, tout au long des débats, vous avez mesuré que ce n'est pas si simple ; la réponse et les enjeux sont complexes.

Je ne vais pas reprendre tous les arguments, Mme la ministre les a exposés bien mieux que moi. Toutefois, dans une situation tendue, qui mobilise la population, je vous invite à ne pas surfer sur de tels sujets, difficiles et douloureux. Ne surfons pas là-dessus, ce serait trop facile ! Prenons la mesure de la difficulté qui se dresse devant nous.

Pourquoi cette réorganisation de notre système de santé vous est-elle proposée ? Tout d'abord, pour qu'il soit sécurisé. J'ai beaucoup de respect pour M. Jumel, mais parler d'une situation que je connais très bien puisque cela se passe sur mon territoire et que je suis au cœur du problème,...

M. Sébastien Jumel. Je le connais aussi, un peu !

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Oui, mais il s'agit de ma circonscription.

M. Sébastien Jumel. Et moi, je connais bien le maire concerné !

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. C'est résumer la situation de façon inexacte.

Ce ne sont pas les kilomètres qui comptent, mais la sécurité des femmes ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

Évitons, s'il vous plaît, les propos simplistes et démagogiques ! Notre démarche est nouvelle ; elle mise sur la coopération, sur la mutualisation des ressources, sur l'association de tous les professionnels – et pas seulement des médecins. Nous voulons repenser l'offre de santé pour toute une population. Les démarches individuelles où il y avait un médecin pour une file de patients, c'est fini !

J'aimerais que vous écoutiez tous les jeunes qui se sont engagés. On peut leur faire confiance.

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

M. Jean-Carles Grelier. Je redirai ce matin ce que j'ai dit hier soir : moi aussi, j'ai été élu local ; moi aussi, j'ai cru à la coercition ou à la régulation, peu importe le nom que l'on lui donne ; moi aussi, j'ai entonné ce petit air doux aux oreilles de nos concitoyens qu'il suffirait de le décider pour que des médecins viennent s'installer. Le libéral assumé que je suis a même créé un centre municipal de santé, avec des médecins salariés. J'ai été, en 2009, le premier maire de France à utiliser cet outil pour pallier un problème de démographie médicale.

Aujourd'hui, dans mon centre de santé, deux des trois postes de médecin sont vacants! Même en proposant ce statut de salarié, je ne trouve plus personne.

Le vrai problème est mathématique : si l'on ne trouve plus de médecins généralistes, aussi bien chez M. Maillard en plein cœur de Paris que dans mon secteur rural de la Sarthe, c'est tout simplement parce que des médecins généralistes, il n'y en a plus. Nous devons nous demander comment inciter tous ces étudiants qui rejoignent nos facultés de médecine à embrasser ce beau métier de médecin généraliste – celui que l'on appelait jadis le médecin de famille, qui était l'ami de la famille et qui connaissait tout de sa vie, des enfants aux grands-parents. Comment revaloriser, techniquement mais aussi financièrement, cette très belle spécialité médicale?

Voilà les justes questions que nous devrions nous poser au lieu de nous battre comme des chiffonniers sur les notions de coercition, de contrainte ou d'exercice dirigé. Quand on aura décidé de la contrainte, s'il n'y a plus de jeunes pour choisir la médecine générale, nous n'aurons toujours personne sur nos territoires! (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

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

M. Guillaume Garot. Beaucoup d'intervenants disent qu'il faut donner aux médecins une liberté absolue d'installation – et tant pis, finalement, pour les injustices, tant pis pour les inégalités que l'on constate aujourd'hui dans de très nombreux territoires. (*Protestations sur les bancs du groupe LaREM.*) Mais si, c'est la position défendue par la majorité!

Je voudrais vous apporter quelques éléments factuels. Les inégalités, les injustices, elles existent : en matière de médecine générale, le rapport est de 1 à 2 entre le département le moins bien doté et le département le mieux doté; pour les ophtalmologues, il est de 1 à 23; pour les pédiatres, il est de 1 à 24. Voilà quelle est la réalité vécue!

M. Laurent Pietraszewski. C'est une réalité statistique, c'est différent!

M. Guillaume Garot. Vous nous dites, madame la ministre, que la régulation, c'est la désolation. Mais la désolation, c'est ce que vivent aujourd'hui les patients qui n'ont pas de médecin! Ils n'en peuvent plus, ils sont angoissés. C'est à cela qu'il faut répondre.

Et puis, si la régulation risque vraiment de décourager l'exercice libéral de la médecine, pourquoi voit-on aujourd'hui encore des pharmaciens qui s'installent? Pourquoi voit-on des infirmiers libéraux qui s'installent? (*Exclamations sur les bancs du groupe LaREM.*)

Vous dites vouloir transformer le système de santé; mais, à bien vous écouter, plus ça change, plus c'est la même chose. Ce que j'entends ici, c'est une défense d'intérêts corporatistes. Mais vous n'êtes pas entre confrères!

Mme Patricia Mirallès. Nous ne sommes pas tous médecin!

M. Guillaume Garot. Vous êtes ici, comme nous tous, en tant que législateurs, pour faire prévaloir l'intérêt général, et pour faire entendre la voix de ceux qui souffrent aujourd'hui, de ces patients qui n'ont plus de médecin.

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

M. Thierry Benoit. Ce débat est digne du plus grand intérêt. À mon sens, il est parfaitement normal que des députés envisagent l'instauration du conventionnement sélectif, qui doit être compris comme un outil de programmation, de planification.

Cela a été évoqué cette nuit, la formation de nos jeunes étudiants en médecine est largement soutenue par la puissance publique. C'est très bien ainsi, puisque cela nous donne la chance de disposer d'un personnel médical de très haute qualité, et même d'excellence. Il me paraît, dès lors, normal de poser la question de la planification : les caisses de l'assurance maladie qui rémunèrent nos amis médecins sont bien alimentées par l'argent des cotisations sociales, recouvrées auprès des habitants et des entreprises!

J'entends parler de liberté d'entreprendre et de doctrine libérale : « je m'instruis, je me forme, je fais ce que je veux, je m'installe où je veux ». Non! Vous choisissez votre mode d'exercice de la médecine; en revanche, en période et en zone de pénurie, vous ne pouvez pas choisir le lieu d'installation.

Nous souhaitons de la régulation, de la planification. Nous voulons une programmation de l'installation des médecins dans notre pays.

Madame la ministre, vous êtes pleine de bonnes intentions. Vous êtes devenue ministre de la santé voici deux ans; je vous souhaite de le demeurer durant toute cette législature, afin que vous puissiez voir par vous-même l'évolution de la démographie, et la fonte du nombre de médecins. Vous en viendrez alors – car nous y viendrons – à des mesures de planification, comme nous en sommes venus à faire sauter le verrou du *numerus clausus*!

M. Guillaume Garot. Très bien!

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Personne ne nie que le nombre de médecins diminue!

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Madame la ministre, mes chers collègues, je voudrais inviter chacun à un peu d'humilité. Le problème est ancien, il est grave, et nous devons nous écouter mutuellement : le mépris n'a jamais permis de trouver des solutions.

Mme Marie-Christine Dalloz. Bravo!

M. Sébastien Jumel. Derrière ça, il y a vingt ans de politiques libérales!

Mme Bérengère Poletti. Arrêtons de pleurer sur le sort des médecins – même si on peut pleurer sur le sort de ceux qui sont en *burn-out*, et j'en connais chez moi dans les Ardennes. Mais j'ai plutôt envie de pleurer sur le sort des patients qui ne trouvent pas de médecin, et à qui cette situation fait courir un danger. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SOC et FI.*)

Quant aux solutions, certains semblent penser que l'on ne parle de régulation que depuis 2016. Mais je me souviens, moi, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, et de l'intention de Mme Bachelot d'introduire un début de régulation en refusant le conventionnement aux médecins qui s'installaient en zone surdense.

M. Jean-Paul Lecoq. Exactement!

Mme Bérengère Poletti. Je me souviens aussi qu'elle n'avait pas été entièrement soutenue, ni de ce côté de l'hémicycle, ni de l'autre,...

M. Jean-Paul Lecoq. Nous, nous l'avons soutenue !

Mme Bérengère Poletti. ...et que lorsque les internes sont descendus dans la rue le dispositif a été retiré. Si, à cette époque-là, nous l'avions maintenu, nous n'en serions pas où nous en sommes aujourd'hui.

Malgré cela, nous ne sommes pas restés les mains dans les poches, et beaucoup a été fait, sur le numerus clausus, sur les postes d'internat dans les petits hôpitaux, sur la fiscalité, sur les maisons médicales... Et nous en sommes toujours au même point ! J'appuie donc les positions de Marc Le Fur sur ces sujets, notamment la régulation.

Vous dites, madame la ministre, qu'il n'y a pas de zones surdenses. Mais même la sécurité sociale reconnaît leur existence ! Quand on étudie l'activité des médecins, c'est toujours en fonction de la densité : on sait, par exemple, qu'en zone surdense on prescrit plus d'arrêts maladie que dans les zones sous-denses.

Qui s'émeut ici que l'on ait imposé une régulation aux infirmières, aux sages-femmes, aux kinésithérapeutes et à beaucoup d'autres professions ? Personne ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOC. – Mmes Émilie Bonniard et Isabelle Valentin applaudissent également.*)

M. Thierry Benoit. Excellent !

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

Mme Caroline Fiat. *L'Économie de la santé*, paru en 2018, donne quelques chiffres. On ne trouverait aucun élu pour dire que sa circonscription est surdotée. Mais si je vous dis, monsieur Maillard, que Paris intra muros compte 554 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, quand l'Auvergne en a 152, les outre-mer 115 et Champagne-Ardenne 138, vous reconnaîtrez que si, à Paris, vous n'avez peut-être pas trop de médecins, vous êtes mieux dotés que vos voisins !

M. Jean-Carles Grelier. Mais combien en secteur 1, à Paris ?

M. Sylvain Maillard. Cela dépend des spécialités. Paris manque de gynécologues, par exemple !

Mme Caroline Fiat. Ne me faites pas croire que vous allez prétendre le contraire !

Par ailleurs, je n'arrête pas d'entendre sur ces bancs qu'au lieu de forcer, d'obliger, il faudrait donner envie aux médecins de s'installer en zone sous-dense. Mais enfin, quand on ferme les écoles, les postes, les lignes de train, les hôpitaux de proximité, comment peut-on penser que les médecins auront envie de venir dans ces endroits ?

M. Sébastien Jumel. Bravo !

Mme Caroline Fiat. Ils veulent d'abord un travail pour leur conjoint, une école pour leurs enfants. On ferme tout, et après on trouve bizarre que personne ne veuille venir ! Mais il n'y a même pas une banque, même pas un boulanger dans le coin ! Il faut quand même un minimum.

Leur donner envie, c'est assez simple : arrêtez de fermer tous les services publics ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et SOC.*)

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Ces amendements ne sont pas nouveaux. À mes yeux, le conventionnement sélectif est une fausse bonne solution. Je me suis exprimé sur ce sujet à de très nombreuses reprises – lors de la précédente législature, plus récemment lorsque M. Garot a présenté sa proposition de loi, et encore la semaine dernière en commission des affaires sociales – et je n'y reviens pas.

En revanche, madame la ministre, vous dites vouloir donner envie aux médecins de s'installer en zone sous-dense. C'est un objectif louable : nous connaissons tous aujourd'hui, dans nos circonscriptions, des zones qui manquent de médecins ; nous devons tous répondre à des gens qui nous demandent de résoudre le problème.

Mais, madame la ministre, à la lecture de ce projet de loi, nous ne voyons pas très bien comment il permettra d'apporter des solutions, même si bien sûr, il y aura les ordonnances, et même si les discussions vont continuer.

Nous débattons ici de l'enjeu majeur de la médecine libérale aujourd'hui, et nous attendons de vous des réponses. Nous n'avons pas le droit de nous loucher. Sinon, à l'avenir, les citoyens nous en voudront beaucoup.

M. Thierry Benoit. C'est déjà le cas !

M. le président. La parole est à M. Pascal Brindeau.

M. Pascal Brindeau. Depuis que nous débattons de ces questions, nous entendons tous ceux qui contestent le bien-fondé des mesures de régulation essayer de nous démontrer par $A > B$ qu'elles ne marcheront pas, qu'elles ne marchent nulle part, qu'elles seraient même tout à fait contre-productives. Mais j'ai envie de renvoyer la question à tous ceux qui défendent aujourd'hui le dogme de la libre installation et des mesures incitatives : depuis quinze ans, c'est ce dogme qui est appliqué, associé à des mesures incitatives. Et pour quel résultat ? Ça ne marche pas !

Nous avons de moins en moins de médecins libéraux, et cette tendance continuera, y compris après la fin du numerus clausus. Nous devons prendre des mesures, y compris exploratoires, pour aider les territoires qui ne sont pas attractifs, et qui ne le deviendront pas demain malgré tout l'argent public qui leur est apporté pour tenter d'attirer des médecins. C'est d'ailleurs sans doute à ces territoires qui connaissent les plus grandes difficultés, et où les baisses de dotations de l'État ont été les plus fortes, que l'on apporte le plus d'argent public pour essayer d'attirer des médecins – roumains, s'ils ne sont pas cubains.

La responsabilité du politique, c'est de tout essayer pour contrebalancer ce phénomène.

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

M. Julien Borowczyk. Je pensais que la nuit, après l'exposé de Mme la ministre hier soir, aurait porté conseil.

Il faut le répéter, nous sommes d'accord sur le postulat de départ, celui du manque de médecins. Mais c'est la démographie qui est catastrophique ! J'entendais tout à l'heure dire qu'à Paris, il y a plus de médecins qu'ailleurs. Mais avec un conventionnement sélectif, ceux qui y sont déjà resteront à Paris, et nous aurons des médecins totalementement déconventionnés : la médecine à deux vitesses, je ne pense pas que vous la cautionnez !

On n'a jamais vu qu'un projet de loi impose à une entreprise vivant de la commande publique de s'installer dans un désert rural. C'est le même principe. Résoudrait-on le problème des chômeurs de cette manière ?

Méfions-nous des décisions à l'emporte-pièce censées résoudre un problème d'un coup d'un seul. Il y a quarante ans, pour essayer de résoudre le déficit de la sécurité sociale, on a pris une telle décision en fixant un numerus clausus. On en voit le résultat aujourd'hui.

M. Jean-Paul Lecoq. Merci Juppé !

M. Julien Borowczyk. Faisons donc attention aux décisions à l'emporte-pièce et aux conséquences qu'elles pourraient avoir ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

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

Mme Véronique Hammerer. En tant que députés de terrain, nous connaissons bien nos territoires. Pour ma part, je ne suis pas médecin mais, dans mon ancienne vie, j'ai exercé comme assistante sociale et directrice d'un centre intercommunal d'action social – CIAS –, chargée de mettre en place un pôle de santé pluridisciplinaire.

Sur notre territoire, qui comptait quinze médecins, dont peu de spécialistes, pour 25 000 habitants, sept médecins partaient à la retraite. Bien que situés à 40 kilomètres de Bordeaux, nous connaissions donc aussi une désertification médicale.

Ce qui nous différencie aujourd'hui est, non pas le constat – nous faisons tous le même –, mais la méthode. Ce projet de loi porte une méthode pour travailler autrement.

Monsieur Garot, vous disiez que, malgré nos grands discours, la loi n'apportera rien. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, associait aux maisons de santé le terme « pluridisciplinaires ». C'est vous qui avez mis en place cette notion ! (*Exclamations sur les bancs du groupe LR.*)

M. Guillaume Garot. Ah non !

Mme Marie-Christine Dalloz. Il faut revoir votre copie !

M. Pierre Cordier. Vous dites n'importe quoi !

Mme Véronique Hammerer. Pardon, c'était la loi Bachelot. Reste que cette pluridisciplinarité est importante, et que des outils existent, qui sont essentiels pour travailler autrement. Je voudrais que l'on m'écoute les détailler.

Alors qu'un seul médecin était intéressé à s'installer sur mon territoire, aujourd'hui, cinquante professionnels de santé y travaillent, et le territoire n'est plus en désertification médicale. Ce qui intéresse les jeunes, c'est d'exercer autrement.

Mme Marie-Christine Dalloz. C'est Bordeaux !

Mme Véronique Hammerer. Non, ce n'est pas Bordeaux, mais le Blayais.

M. le président. La parole est à M. Gaël Le Bohec.

M. Gaël Le Bohec. Monsieur le président, vous avez cru m'entendre grogner tout à l'heure. Il n'en était rien et je vous prie de m'excuser si vous l'avez ressenti de la sorte.

Je voulais expliquer qu'avant de contraindre, il fallait libérer le numerus clausus, ce que nous avons fait à l'article 1^{er}.

Mme Patricia Mirallès. Très bien !

M. Gaël Le Bohec. Je voulais aussi vous faire rattraper le match, monsieur le président, car vous arrivez finalement en deuxième mi-temps. Nous avons travaillé sur le sujet de la coercition de 0 heure 20 à 1 heure 30, hier soir (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM – M. Cyrille Isaac-Sibille applaudit également*), terminant par le rejet, par scrutin public, par 80 voix contre et 20 pour, des amendements discutés.

Répéter les mêmes arguments est certes intéressant, mais je voulais, par ce résumé rapide, vous permettre de rattraper le match. (*Mêmes mouvements.*)

M. le président. La parole est à M. Alain Bruneel, alors que Mme Vidal se prépare. (*Exclamations sur les bancs du groupe LaREM.*)

M. Cyrille Isaac-Sibille. Monsieur le président, vous le faites exprès !

M. Pierre Cordier, rapporteur. Ce n'est pas vous qui présidez !

M. le président. Nos collègues souhaitent prendre la parole sur un sujet qui les intéresse. Veuillez m'en excuser, mon cher collègue.

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales. C'est quand cela vous arrange !

M. Alain Bruneel. Je remercie mes collègues de me laisser la parole sur ce sujet important. Même si le match a été joué hier, nous sommes en troisième mi-temps, et nous continuons, monsieur Le Bohec !

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales. La quatrième mi-temps, même !

M. Alain Bruneel. J'entends bien ce qu'a dit la ministre, mais la réalité est que la désertification persiste. Alors, que fait-on ? Sur tous les bancs, nous sommes d'accord pour agir, mais nous ne savons pas quelle méthode employer.

Les zones rurales sont aussi marquées par la désertification des services publics, puisque l'on ferme également des lignes de chemin de fer, des bureaux de poste et autres. Il est donc important de réfléchir également sur ces aspects.

Par ailleurs, depuis hier, on dit que ni la contrainte ni la régulation n'offrent de solution. Mais alors, que fait-on ?

M. Thierry Benoit. Magnifique !

M. Alain Bruneel. Dans l'accès aux soins et dans l'offre de soins, nous ne sommes pas tous égaux. Quand on habite des zones désertifiées, on doit parcourir de grandes distances.

Madame la ministre, n'y aurait-il pas une proposition qui satisfasse tout le monde, sans contraindre ni réguler ? Il faudra bien que nous arrivions à trouver des solutions. Le numerus clausus ayant sauté, les médecins seront peut-être beaucoup plus nombreux.

M. le président. La parole est à Mme Annie Vidal. S'exprimeront ensuite Mme Iborra et Mme Dalloz. Nous terminerons la discussion par M. Perrut, qui est un homme sage.

Mme Annie Vidal. Depuis des heures, hier soir, ce matin, nous parlons du système, que nous voulons rendre plus attractif. Or nous ne faisons que pleurer sur ce qui ne fonctionne pas. Ce n'est pas la solution !

Depuis plusieurs années, les maisons de santé ont permis à des professionnels de se regrouper sur la base d'un projet territorial et médical, et ont commencé à modifier l'offre de soins. Ce dispositif fonctionne, notamment dans le pays de Bray, un territoire qui n'est pas surdoté en quoi que ce soit.

Sur ce territoire, les professionnels des secteurs public et privé, confrontés à une difficulté extrême, que nous partageons tous, se sont regroupés pour offrir une meilleure offre de soins. Ils couvrent aujourd'hui une grande amplitude horaire dans la journée, y compris le week-end. L'expérience montre qu'ils ont besoin d'être accompagnés, et ils ont été entendus. Ces besoins peuvent être portés devant la représentation nationale, ce que propose le projet de loi.

Pour rendre un dispositif attractif, il faut s'appuyer sur ce qui fonctionne et qui mérite d'être amélioré, plutôt que de pleurer, comme nous le faisons depuis des heures, pour essayer de maintenir le système du médecin seul, accueillant sa patientèle au rez-de-chaussée de son pavillon. Ce n'est plus possible.

M. le président. La parole est à Mme Monique Iborra.

Mme Monique Iborra. Avoir exercé plusieurs mandats de député permet faire des comparaisons entre aujourd'hui et hier. Hier, s'agissant de la démographie médicale, sur les bancs d'un côté et de l'autre, on refusait clairement des méthodes que l'on valorise aujourd'hui. Ici, on avait un ministre, là, le suppléant d'un secrétaire d'État, qui n'avaient pas voulu mettre en place des mesures qu'ils réclament aujourd'hui. Alors, franchement, un peu de crédibilité ! (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LaREM. – Exclamations sur les bancs des groupes LR, SOC et GDR.*)

Mme Marie-Christine Dalloz. Et vous, où étiez-vous ?

Mme Monique Iborra. Je n'ai pas voté ces mesures, justement !

M. Jean-Paul Lecoq. Donneuse de leçons !

Mme Monique Iborra. Vous dites mettre le patient au centre vos préoccupations ; vous savez très bien que ce que vous préconisez aboutirait à un déconventionnement et que les gens ne seraient pas remboursés.

Quant aux maternités – notre collègue qui a évoqué ce sujet a quitté l'hémicycle –, il ne suffit pas de monter sans arrêt au créneau pour dire : « on a fermé notre maternité » ! Il faut regarder la situation de la périnatalité aujourd'hui en France : elle n'est pas bonne. Et ce n'est pas d'installer une maternité dans chaque commune qui réglera le problème. (*Mme Bénédicte Peyrol et Mme Caroline Abadie applaudissent.*)

Alors, oui, nous devons nous en occuper, et imaginer, dans les hôpitaux de proximité, par exemple, ce qui pourrait améliorer le dispositif. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LaREM.*)

M. Pierre Cordier. Il n'est pas question de cela !

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

Mme Marie-Christine Dalloz. Quand j'entends certains propos, je me dis qu'il faut rendre un peu de mémoire à cette assemblée !

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales. C'est le cas !

Mme Marie-Christine Dalloz. Depuis 2008, madame Iborra, je n'ai pas varié d'un iota. Cette année-là, nous avons eu le courage de voter une mesure, que vous et le groupe auquel vous apparteniez à l'époque avez combattue. Depuis douze ans, rien, absolument rien, n'a été réglé. Au contraire, la désertification médicale s'est accélérée.

M. Thierry Benoit. Exact !

Mme Marie-Christine Dalloz. Le monde rural, vous l'avez complètement oublié depuis Paris. C'est inadmissible !

M. Jean-Paul Lecoq. En 2008, vous n'avez pas voulu supprimer le numerus clausus !

Mme Marie-Christine Dalloz. J'entends que cinquante médecins s'installent près de Bordeaux. Bien sûr ! Venez dans le Jura, madame Hammerer ! Hier, j'ai lu la lettre d'un médecin de campagne de ce territoire, qui n'en peut plus. Pourtant, il a un superbe outil : une maison pluridisciplinaire, réalisée avec l'argent des contribuables locaux. On oublie que les contributions fiscales locales servent à offrir des conditions d'exercice extraordinaires aux médecins. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LR et UDI-Agir.*)

M. Thierry Benoit. Exact !

Mme Marie-Christine Dalloz. Or, derrière, l'État n'est pas capable d'être assez ferme.

Madame la ministre, vous parlez sans cesse de coercition. C'est pour faire peur, c'est un épouvantail à moineaux ! Dans nos territoires, on les connaît ces épouvantails qui font peur aux petites bêtes qui viennent manger les graines. En réalité, ce que nous proposons aujourd'hui, c'est ni plus ni moins qu'une régulation.

M. Thierry Benoit. Tout à fait !

Mme Marie-Christine Dalloz. Ayez un peu de courage, essayons cette mesure ! Si elle ne fonctionne pas, il sera toujours temps de revenir en arrière. De grâce ! pensons au patient, qui est dans l'attente.

M. Jean-Paul Lecoq. Et dans la détresse !

Mme Marie-Christine Dalloz. Cela relève de la compétence régaliennne du Gouvernement !

M. le président. La parole est à M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Vous parliez de sagesse, monsieur le président. Pour Platon, « le sage n'est pas celui qui sait beaucoup de choses, mais celui qui voit leur juste mesure ». C'est bien la juste mesure qu'il faut trouver ce matin.

Les problématiques de la désertification médicale et de l'accès aux soins dans les territoires ne sont pas nouvelles, cela a été rappelé. On en parle depuis des années. Dans un contexte de renforcement des fractures territoriales et sociales, ces questions prennent une dimension particulière. On a vu, d'ailleurs, qu'elles se sont invitées dans le grand débat national comme un sujet central de préoccupation, une

priorité. Les inquiétudes rejoignent celles que soulève ce texte de loi, s'agissant de l'organisation territoriale et des hôpitaux de proximité.

Nos concitoyens s'inquiètent, et nous aussi. Lorsque nous reviendrons dans nos circonscriptions, vendredi, samedi ou dimanche, ils nous demanderont quelle solution nous avons trouvée à ce problème des déserts médicaux que nous évoquons depuis des années, qui touche le milieu rural comme le milieu urbain – dans certaines villes grandes ou moyennes, dans certains quartiers, on ne trouve pas de médecin aujourd'hui. Des familles, notamment avec enfants, s'en trouvent fragilisées; elles nous demandent comment se faire soigner.

Il faut pouvoir avancer. Je ne sais pas si ce débat doit se limiter à choisir entre la contrainte et la régulation. Je souhaiterais surtout que la profession médicale prenne toutes ses responsabilités et fasse des propositions, car nous ne nous en sortirons pas sans son avis. En tout cas, nous ne pouvons pas rester au milieu du gué. Pourtant, nous allons encore quitter l'hémicycle aujourd'hui sans solution ni proposition nouvelles. Et nous retournerons dans nos territoires pour dire que nous ne savons pas faire, que nous sommes impuissants face à la situation, qui va encore se dégrader. *(Mme Marie-Christine Dalloz et M. Pascal Brindeau applaudissent.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1066.
(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	99
Nombre de suffrages exprimés	94
Majorité absolue	48
Pour l'adoption	21
contre	73

(L'amendement n° 1066 n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 345, 592 et 1158.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	99
Nombre de suffrages exprimés	91
Majorité absolue	46
Pour l'adoption	18
contre	73

(Les amendements identiques n°s 345, 592 et 1158 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 2069.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	98
Nombre de suffrages exprimés	91
Majorité absolue	46
Pour l'adoption	18
contre	73

(Le sous-amendement n° 2069 n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 2070.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	95
Nombre de suffrages exprimés	91
Majorité absolue	46
Pour l'adoption	18
contre	73

(Le sous-amendement n° 2070 n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1355.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	92
Nombre de suffrages exprimés	86
Majorité absolue	44
Pour l'adoption	17
contre	69

(L'amendement n° 1355 n'est pas adopté.)

(Les amendements n°s 1379 et 1069, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1160.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	98
Nombre de suffrages exprimés	92
Majorité absolue	47
Pour l'adoption	20
contre	72

(L'amendement n° 1160 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Fabien Di Filippo, pour soutenir l'amendement n° 757.

M. Fabien Di Filippo. Le cœur du débat demeure la nécessité d'attirer, de gré ou de force, dans nos territoires les médecins, notamment les jeunes.

Cet amendement mesuré trouvera certainement un écho chez vous, madame la ministre. Il s'agit de permettre aux unités de formation et de recherche de médecine – UFR – et aux agences régionales de santé – ARS – d'établir une liste d'établissements prioritaires pour accueillir des internes.

Dans les territoires périphériques, il est de plus en plus difficile de pourvoir tous les postes d'un service et de compléter les tableaux de garde. Pour que ces territoires deviennent attractifs aux yeux des jeunes, ceux-ci doivent en faire l'expérience – quitte à le faire à plusieurs et à exercer dans divers établissements. Ils pourraient ainsi commencer à y construire leur vie, ce qui pourrait favoriser ensuite leur installation durable.

Cet amendement vise à faire découvrir l'exercice de la médecine dans les territoires périphériques aux étudiants afin de les inciter à s'y établir prioritairement.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous avez raison, il est important que les centres hospitaliers universitaires prennent une responsabilité territoriale. Je vous le rappelle, l'article 2, que nous avons voté, prévoit d'adapter les capacités de formation aux besoins des territoires. À cet effet, au terme de discussions entre l'ARS, l'université et la CRSA – Conférence régionale de la santé et de l'autonomie –, les stages d'internes pourront être ouverts dans des établissements dans des zones sous-denses.

Je mentionnerai également l'amendement que nous avons adopté visant à réduire le taux d'inadéquation entre le nombre de postes d'internes proposés et les postes effectivement pourvus, cela afin de renforcer l'attractivité des régions délaissées et de rendre le système plus efficace. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous avez raison, il faut absolument favoriser les terrains de stage hors CHU. Mais ce que vous proposez existe déjà : ce sont les commissions de subdivision en vue de la répartition qui sont cogérées par l'ARS et les UFR, et qui fixent les lieux de stage hors CHU.

La seule différence avec votre amendement tient à ce qu'il est tenu aussi compte de la qualité de la formation dans les zones prioritaires. Il faut s'assurer que les zones en question comptent des médecins pour former les jeunes internes. En effet, un interne en troisième cycle est en formation.

Avis défavorable puisque les commissions existantes répondent à votre préoccupation.

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

M. Jean-Pierre Door. Je soutiens cet amendement très intéressant. Il est vrai que ces commissions existent mais elles ne sont pas très opérationnelles. Très souvent, les doyens dans les CHU gardent les internes parce qu'ils en ont besoin et s'abstiennent de les affecter hors de l'hôpital.

Dans les hôpitaux généraux, en particulier dans les villes petites et moyennes, on trouve des médecins qui sont chefs de service, à temps partiel ou à temps plein. Ces derniers sont en mesure d'accueillir des internes. Il y a plusieurs années, des centaines d'internes ont été reçus dans les hôpitaux généraux – on les appelait « faisant fonction d'interne » –, où ils restaient pendant deux ans et se sédentarisait.

Aujourd'hui, il faut faire comprendre que les internes peuvent sortir des CHU et aller dans nos régions pour apprendre. Les maisons de santé peuvent aussi accueillir des internes puisqu'elles comptent dans leurs rangs des maîtres de stage. Une maison de santé que je connais bien reçoit actuellement deux internes pour quelques mois.

Il ne faut pas repousser d'un revers de main cet amendement qui conforterait nos ambitions.

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

M. Jean-Paul Lecoq. Je confirme que ces commissions existent mais, l'offre de stages étant parfois supérieure au nombre d'internes, ces derniers ont le choix. Et la question de l'attractivité du stage se pose de nouveau. Celle-ci est appréciée globalement – par exemple, l'éloignement du lieu de résidence occasionne des frais de déplacement et d'hébergement, sauf lorsque les hôpitaux généraux logent les internes.

La répartition des stages doit faire l'objet d'une régulation : une part des stages s'effectue en CHU, une autre dans les hôpitaux généraux et encore une autre dans la médecine générale. Le doyen doit gérer avec rigueur cette répartition pour répondre à la problématique de la démographie médicale. Comme la commission de subdivision, il a un rôle à jouer, qui n'est pas seulement de présenter l'offre et de laisser le choix aux étudiants.

M. le président. La parole est à M. Fabien Di Filippo.

M. Fabien Di Filippo. Trois arguments qui vous permettront de changer d'avis très sereinement, madame la ministre. D'abord, s'agissant de la qualité des stages, l'isolement n'est pas forcément synonyme de moindre qualité. Au contraire, les stagiaires sont confrontés à une grande diversité de cas et travaillent aux côtés de médecins qui ont l'habitude de prendre leurs responsabilités et qui peuvent être de très bons maîtres de stage.

Deuxième argument de nature sémantique, hiérarchiser n'est pas donner la priorité. Nous souhaitons que les doyens d'université donnent la priorité à certaines zones dans lesquelles les postes offerts aux internes ne sont pas pourvus.

Troisième argument, c'est un effet pervers de la création de groupements hospitaliers de territoires – GHT – XXL, il est possible de dépendre d'une université d'une région qui ne correspond pas au territoire du GHT. Un GHT qui n'est pas implanté sur le même territoire que l'université aura le plus grand mal à obtenir des internes.

Cette question mérite une attention toute particulière de votre part.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur Lecoq, vous regrettez qu'une trop grande place soit laissée à l'attractivité des stages. Certes, mais nous sommes face à des médecins en formation. On ne peut pas les envoyer dans des endroits où ils ne sont pas formés. Nous parlons d'internes qui doivent apprendre leur métier. On attend d'eux qu'à la fin de leur internat, qui dure quatre ans, ils connaissent leur métier. S'il s'agit de rendre moins attractifs des stages dans des hôpitaux dans lesquels ils sont bien formés pour ouvrir des stages dans des endroits où ils sont mal formés, à l'arrivée, les internes ne connaîtront pas leur métier. Attention à ne pas promouvoir, pour répondre à un besoin immédiat, des solutions qui mettront à mal la formation de nos futurs professionnels.

M. Jean-Paul Lecoq. Alors, ils restent en CHU ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. La qualité de la formation doit demeurer un des critères de répartition des stages. Personne ne peut imaginer envoyer un interne dans un

établissement dans lequel il n'aura aucun maître de stage pour le former ; l'interne n'est pas là seulement pour prendre des gardes, il doit aussi apprendre son métier.

Monsieur Di Filippo, vous critiquez la trop grande taille des GHT et le fait que ceux-ci côtoient des CHU qui ne dépendent pas de la même région. J'ai pris en compte ce problème qui m'a été rapporté par plusieurs régions. Des messages très clairs ont été envoyés aux doyens et aux ARS afin que disparaissent ces barrières régionales qui n'ont pas lieu d'être. Les CHU ont désormais pour ordre et pour mission de laisser des internes sortir de leur région. Des courriers et des recommandations ont été envoyés en ce sens.

Enfin, la priorité que vous proposez d'établir ne peut pas être absolue, car il faut laisser aux étudiants la possibilité de choisir un endroit où ils pourront apprendre leur spécialité. Certains d'entre eux ne pourront exercer leur spécialité que dans un CHU général, car il s'agit d'une hyperspécialité. Il faut vraiment faire attention. Mme la rapporteure a fait voter hier un amendement pour diversifier les zones de stage hors CHU. Celui-ci répond parfaitement à la demande qui nous est adressée de labelliser des maîtres de stage partout en France, dans des hôpitaux hors CHU, en libéral ou dans le secteur privé. Cette démarche est en train de se déployer à très grande vitesse. Vous le voyez, tout est mis en œuvre pour que les jeunes puissent se former dans divers lieux de pratique.

Votre amendement, non seulement n'est pas utile mais il ne résoudra pas le problème que vous soulevez, donc mon avis est défavorable.

M. Jean-Paul Lecoq. Quelle maîtrise de la contradiction !
(*L'amendement n° 757 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme Sarah El Haïry, pour soutenir l'amendement n° 2041.

Mme Sarah El Haïry. Cet amendement est très pragmatique. Il n'est pas possible d'ouvrir une pharmacie aujourd'hui dans une commune de moins de 2 500 habitants. Or, dans nos territoires, certains maires, très volontaires et dynamiques, qui souhaitent créer des maisons médicales pour combattre les déserts médicaux, sont confrontés à des ARS qui ne veulent rien entendre. Je sais que vous êtes sensible au sujet, madame la ministre, puisqu'une ordonnance, publiée au début de l'année 2018, permet de faciliter l'installation et le transfert d'officine. Mais ce n'est pas suffisant.

Je peux vous citer des cas très concrets dans lesquels les projets urbains à venir, ou les lotissements en vente, autrement dit l'augmentation potentielle de la population, ne sont pas pris en compte.

Cet amendement, qui se veut très pragmatique et territorial vise à abaisser à 2 000 habitants, le seuil pour l'ouverture d'une officine.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. D'une part, le seuil que vous remettez en question fait l'objet d'une ordonnance que nous allons ratifier en adoptant l'article 23. D'autre part, l'abaissement du seuil pourrait fragiliser certaines pharmacies. J'émet donc un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Selon une étude de la DREES, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 98 % des Français – je cite le chiffre de mémoire, nous allons le vérifier – habitent à moins de dix minutes d'une pharmacie. Le maillage territorial est excellent.

Mme Bérengère Poletti. Grâce à la régulation !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous sommes donc défavorables à votre amendement.

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

M. Jean-Carles Grelier. Madame El Haïry, la pharmacie est souvent la dernière présence médicale dans les territoires ruraux. Le numerus clausus à l'installation vise précisément à garantir l'efficacité du modèle économique des officines de pharmacie, afin de maintenir le maximum d'entre elles. Pour information, 180 officines ont fermé dans notre pays en 2017. Or on est en train de découvrir ou de redécouvrir que le pharmacien peut faire bien d'autres choses que vendre des cachets derrière un comptoir. Dans les territoires dépourvus de médecins, il est souvent, je le répète, la dernière présence médicale, avec les infirmiers libéraux. Fragiliser le modèle économique sur lequel repose la pharmacie d'officine, ce serait, à mon avis, jouer avec le feu.

M. le président. La parole est à Mme Sarah El Haïry.

Mme Sarah El Haïry. Loin de moi l'idée de fragiliser les pharmaciens ! Il s'agit, au contraire, de s'appuyer sur la connaissance des réalités du terrain par les élus locaux. Quand ceux-ci partent au combat, c'est qu'ils considèrent que certaines communes ne sont pas comme les autres, car il existe des inégalités profondes en matière de mobilité, monsieur Grelier. Par exemple, une commune de 2 400 habitants où la population est vieillissante et où il n'existe pas de transports en commun mérite d'être considérée avec un œil différent : elle a besoin d'un petit coup de main supplémentaire. C'est une analyse de cette nature, territoire par territoire, réalité par réalité, que je souhaite encourager par cet amendement. Au demeurant, l'abaissement du seuil, de 500 habitants seulement, ne fragiliserait pas l'ensemble ; il permettrait de prendre en considération les projections.

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

M. Julien Aubert. Je suis parfaitement d'accord avec M. Grelier. La question que vous soulevez est intéressante, madame El Haïry, mais, à mon avis, la rédaction de l'amendement ne convient pas. En réalité, c'est l'effet de seuil qu'il faudrait supprimer. J'entends votre argument : il est effectivement dommage de ne pas autoriser l'ouverture d'une pharmacie dans une commune de 2 400 habitants telle que celle que vous avez décrite. Il faudrait donc qu'il y ait une marge d'interprétation, les ARS ne faisant peut-être pas toujours ce travail. En revanche, si vous ramenez le seuil à 2 000 habitants et que vous l'appliquez dans tout le pays, l'effet de seuil persistera et certaines pharmacies risquent d'être cannibalisées, si je puis dire. Il faudrait déposer un amendement rédigé différemment.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Quel que soit le seuil, on ne peut pas dissocier la réflexion sur les officines de pharmacie de la question des maisons de santé. Celles-ci sont censées proposer une offre pour plusieurs communes. Lorsqu'une

maison de santé s'implante dans une commune où il existe une pharmacie, cela fragilise, on le voit très bien, la ou les pharmacies situées dans les communes voisines.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'ai retrouvé les chiffres exacts : 97 % des Français habitent à moins de dix minutes d'une pharmacie, et 99,5 %, à moins de quinze minutes. Le maillage territorial est bon. Ces données sont issues d'une étude de la DREES de 2015. Depuis lors, l'augmentation du nombre de pharmaciens a été constante. Cela devrait vous amener à retirer l'amendement.

Mme Bérengère Poletti. On peut remercier la régulation, madame la ministre !

M. Julien Aubert. C'est quinze minutes à 80 kilomètres-heure ? (*Sourires sur les bancs du groupe LR. – Murmures sur les bancs du groupe LaREM.*)

(*L'amendement n° 2041 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Dominique Da Silva, pour soutenir l'amendement n° 1078.

M. Dominique Da Silva. Je le retire.

(*L'amendement n° 1078 est retiré.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 105.

M. Bernard Perrut. Les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux contribuent pour une large part à la formation des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes. Toutefois, une grande majorité de ceux-ci s'orientent, dès leur diplôme obtenu, vers un exercice libéral. Cette situation met de nombreux établissements en grande difficulté. Elle est particulièrement alarmante dans certains territoires, où les effets se cumulent : le surcroît de travail lié au manque de personnel de rééducation conduit au découragement des salariés, voire à leur départ.

Dès lors, ne faudrait-il pas transposer, pour les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes, le dispositif en vigueur pour les infirmières qui souhaitent exercer en libéral ? Celui-ci prévoit, avant toute installation, l'acquisition pendant une durée minimale d'une expérience professionnelle au sein d'une équipe de soins généraux dans un établissement de santé. Les modalités d'accomplissement de cette obligation devraient faire l'objet de discussions et être précisées dans les conventions nationales conclues entre les professionnels et l'assurance maladie.

Par cet amendement, nous souhaitons non pas recourir à la coercition, ni imposer des règles qui ne seraient pas admissibles par les uns ou les autres, mais exposer la situation et engager la réflexion. C'est un amendement d'appel. Je souhaiterais savoir, madame la ministre, quelles réponses vous entendez apporter.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Le diagnostic est juste, mais le traitement ne me semble pas le plus approprié. Je propose que nous abordions à nouveau ce sujet après l'article 6 : mes collègues du groupe La République en marche ont déposé un amendement prévoyant la possibilité d'un exercice mixte pour les masseurs-kinésithérapeutes, de

manière à rendre leur métier attractif dans les établissements de santé. Je vous invite donc à retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

(*L'amendement n° 105 est retiré.*)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 228.

Mme Bérengère Poletti. C'est un amendement spécial, madame la ministre : je souhaite qu'il soit voté, tout en espérant qu'il ne servira à rien. En effet, s'il ne sert à rien, cela voudra dire que votre plan a fonctionné et qu'il y a désormais suffisamment de médecins dans les territoires. Pour avoir connu un certain nombre de plans et constaté, hélas ! les difficultés, je me dis qu'il pourrait être intéressant de prévenir les étudiants en médecine, au moment où ils s'engagent dans ces études, que, en cas d'échec du plan du Gouvernement, il pourrait être porté atteinte à leur liberté d'installation, de manière à pourvoir les territoires en difficulté. On ne prendrait pas beaucoup de risques en adoptant cet amendement, qui vise à ce que les étudiants soient avertis que les choses peuvent changer en cours de route. Cela nous éviterait de nous dire ensuite qu'ils n'ont pas été prévenus ou qu'ils se sont déjà engagés dans tel ou tel type de pratique de la profession.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. C'est un amendement intéressant, qui suscite la réflexion. Cependant, vous ne définissez pas ce que serait un échec. Comme l'a dit l'un d'entre nous, il faut rester humble en la matière, sachant que la démographie médicale va continuer à diminuer dans les cinq prochaines années. Il ne me semble pas possible d'adopter votre amendement en l'état, car son dispositif n'est pas sécurisé du point de vue juridique. J'émetts donc un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vous rassure, madame Poletti, les étudiants en médecine regardent nos débats, et ils twittent. Force est de constater qu'ils ont bien compris comment vous les traitez !

Mme Bérengère Poletti. Ce n'est pas correct, madame la ministre !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est inutile d'en rajouter ; je crois que l'ensemble des étudiants en médecine et des internes de France savent désormais que vous les considérez comme des objets que l'on peut déplacer, comme des pylônes électriques. (*Exclamations sur les bancs du groupe LR.*)

Mme Huguette Bello. Ce n'est pas vrai !

M. Pierre Cordier. Vous faites votre com', madame la ministre ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je pense sincèrement que les mesures que nous proposons renforceront l'attractivité des territoires et redonneront confiance à notre jeunesse, qui aura de nouveau envie de s'installer dans ces territoires.

M. Fabien Di Filippo. Comment concrètement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'ai entendu toute une série de remarques à propos des médecins au cours des débats, du type « on paie leurs études », etc. Quand je vois les efforts consentis par les jeunes médecins, externes ou internes, le nombre d'heures qu'ils travaillent, les années d'études qu'ils font, je pense qu'elles sont assez indécentes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

M. Pierre Cordier. Ça, c'est de la com', non ?

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

M. Joël Aviragnet. C'est un très bon amendement, et nous allons le soutenir. Je ne reviens pas sur le fond du débat, mais nous avons bien compris qu'il ne fallait pas toucher aux médecins, je crois que c'est clair. Pourtant, cela fait plus de dix ans que l'on entend parler de mesures incitatives, et le résultat est toujours le même. Il va donc bien falloir en sortir à un moment donné.

J'ai été très intéressé par le débat télévisé hier soir : François Bayrou, qui ne fait pourtant pas partie de l'opposition,...

M. Fabien Di Filippo. Il est même plus que soumis !

M. Joël Aviragnet. ...soutient le principe de la régulation. On peut donc espérer que les choses vont bouger. Nous constatons, d'ailleurs, que la position d'un certain nombre de collègues a évolué.

Quant à Mme Iborra, qui nous a attaqués tout à l'heure mais n'est plus présente dans l'hémicycle, je lui répondrai en temps utile en lui rafraîchissant la mémoire.

M. Pierre Cordier. Très bien !

M. Joël Aviragnet. Je ne lui ferai pas l'offense de lui dire qu'elle en manque, mais je pense qu'elle l'a un peu sélective.

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

M. Julien Aubert. Vos propos sont inacceptables, madame le ministre ! Nous ne considérons pas les gens comme des pylônes électriques !

Mme Bérengère Poletti. Bien sûr que non !

M. Julien Aubert. Il n'est pas indécent de prôner une autre philosophie que la vôtre.

Mme Bérengère Poletti. Ce que vous avez dit est honteux !

M. Julien Aubert. D'autant que l'amendement de Bérengère Poletti me paraît un excellent compromis entre votre philosophe et la nôtre, et tend à préserver l'avenir.

Peut-être avez-vous une intelligence plus subtile que la nôtre ; peut-être savez-vous par avance que votre plan réussira ; peut-être avez-vous la foi chevillée au corps. Cela vous donne cette arrogance lorsque vous vous adressez à l'opposition (*Exclamations sur les bancs du groupe LaREM*) et, en même temps, la certitude d'avoir toujours raison. Pour notre part, nous doutons, et nous avons le droit de débattre.

Par ailleurs, une chose me frappe : on nous explique que l'on fait la loi tout en étant hostile à la coercition. Or c'est profondément contradictoire avec le métier d'un parlement, car la coercition est consubstantielle à la loi : lorsque l'on vote des lois, c'est pour imposer des choses.

Je crois que vos paroles ont dépassé votre pensée, madame le ministre. Vous ne devriez pas tenir de tels propos dans cet hémicycle, car ils nuisent à la sérénité de nos débats. (*M. Fabien Di Filippo applaudit.*)

M. le président. La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. Il est impossible d'entendre de tels arguments, madame la ministre ! Depuis le début de l'examen du projet de loi, nous avons rappelé tous les efforts, notamment financiers, consentis par les élus locaux – ils sont nombreux parmi nous – pour que des médecins s'installent dans des territoires prétendument peu attractifs. D'ailleurs, le mot « territoires » ne me convient pas : il est question de personnes, de nos concitoyens, de Français qui n'ont pas accès à un médecin.

Qui plus est, vous êtes en train de fermer des services dans les hôpitaux de proximité, notamment des services d'urgence, ce qui est insécurisant pour les médecins. C'est vous qui ne respectez pas les médecins ! Le jour où ces services, notamment d'urgence, auront disparu, ils viendront encore moins !

En définitive, vous êtes en train de nous dire que c'est en partie de la faute des élus et des territoires peu attractifs eux-mêmes ! Je trouve que c'est humiliant pour nous, députés et élus de ces territoires. Je connais des maires qui financent le cabinet médical et le logement de médecins, lesquels, en remerciement, travaillent jusqu'à 17 heures et ferment leur cabinet quand ils en ont envie. Je voudrais que l'on se mette à la place, d'une part, des patients et, d'autre part, des élus qui font ces efforts. Je ne crois pas que les élus méprisent les médecins, ni nous, députés, lorsque nous demandons que les médecins, qui s'engagent à prendre soin des autres, à les soigner, aient l'obligation de venir dans certains territoires.

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

Mme Caroline Fiat. Je trouve que l'amendement de Mme Poletti est très bon. Les soignants adorent dire : « mieux vaut prévenir que guérir » et « on ne commence pas sa journée sans avoir vérifié son chariot de soins ». Avec cette mesure, au moins, on ne pourra pas dire que les gens n'étaient pas prévenus.

Je suis d'accord avec vous, madame la ministre : les étudiants en médecine regardent nos débats et twittent. Mais ils ne disent pas seulement qu'ils ne veulent pas bouger, leurs messages ne vont pas tous dans le même sens !

Certains victimisent les internes. J'ai dit hier qu'ils étaient sous-payés et faisaient beaucoup trop d'heures. Or c'est vous, madame la ministre, qui fixez le cadre qui s'applique à eux ; c'est vous qui pouvez les augmenter, réduire leur nombre d'heures et améliorer leurs conditions de travail. Vous pouvez faire en sorte qu'ils vivent très bien leurs années d'études, que le nombre de suicides parmi eux diminue. C'est vous qui avez cette possibilité, pas nous. En tout cas, personne ne les considère comme des pylônes électriques.

Ne rejetez pas la faute sur les autres, vous verrez que cela fonctionnera mieux. Si certains twittent en votre faveur, d'autres le font pour soutenir un point de vue différent. Merci de ne pas tout mélanger !

(*L'amendement n° 228 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 331.

Mme Emmanuelle Ménard. Personnellement, je ne pense pas qu'il faille obliger les médecins à s'installer dans les zones sous-denses, mais avec cet amendement, c'est un autre problème que je souhaite évoquer : les remplacements à répétition.

On ne cesse de le répéter depuis hier, trop de médecins généralistes renoncent à s'installer. Durant l'été 2017, un jeune médecin a adressé une lettre ouverte à Mme la ministre pour lui expliquer pourquoi il avait pris cette décision, alors qu'il n'avait jamais pensé devenir un « médecin nomade ».

Ceux qui refusent de s'installer, explique-t-il, sont dégoûtés par le système. Du fait de l'humiliation tarifaire, du matraquage fiscal, du harcèlement administratif et de la dégradation de l'image du métier, ils sont à bout. On ne peut que les comprendre. Ce ras-le-bol généralisé qui dissuade les médecins de s'installer participe à la désertification médicale contre laquelle nous voudrions lutter.

Je crois qu'il faut certes encadrer, mais surtout encourager l'installation des médecins dans nos territoires ; l'encourager, pour commencer, par des mesures fiscales favorables et l'encadrer en limitant les temps de remplacement à cinq ans – donnant-donnant.

Au-delà de la question des déserts médicaux, c'est aussi la façon d'exercer le métier de médecin qui est en jeu, car on ne peut être un bon médecin sans assurer le suivi de sa patientèle. Nous devons faire cesser le nomadisme médical. Pour cela, il faut nous en donner les moyens. Tel est le but de l'amendement.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable. Je ne reviens pas sur le débat que nous avons eu hier.

(L'amendement n° 331, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n° 350.

Mme Emmanuelle Ménard. Il s'agit d'un amendement auquel je tiens particulièrement. Il propose de changer la manière dont on aborde le problème de l'installation des médecins dans les déserts médicaux, et prévoit des mesures incitatives.

Pour dire les choses clairement, si certains médecins ne s'installent plus, c'est qu'ils sont littéralement écrasés par les taxes en tout genre : 65 % de leur chiffre d'affaires disparaît chaque mois du fait des impôts, des cotisations, des contributions, des charges, de l'URSSAF et de la CARMF, la caisse autonome de retraite des médecins de France. Concrètement, sur 25 euros – le prix d'une consultation –, il leur en reste 10 à la fin du mois.

Le tiers payant, qui n'est pas forcément une mauvaise idée, alourdit considérablement leur travail administratif. En outre, il ne fonctionne pas très bien : certains praticiens ont parfois beaucoup de mal à se faire payer par les mutuelles et travaillent de facto pour la gloire ! Autant de difficultés qui découragent l'installation.

On dit parfois dans cet hémicycle que les mesures incitatives ne servent à rien, car les médecins ne seraient pas intéressés par l'argent. On prétend même que de telles mesures seraient déshonorantes. Ne soyons ni naïfs ni

cyniques. Je propose qu'en cas de création de maison de santé dans les déserts médicaux, les praticiens bénéficient de trois années fiscales blanches, puis – de manière dégressive sur sept ans – d'une fiscalité avantageuse, c'est-à-dire d'une fiscalité réduite pendant dix ans. On encouragerait ainsi les médecins de toute spécialité à s'installer dans nos territoires.

Contrairement à d'autres, je ne pense pas qu'il faille abuser de la contrainte, surtout envers des professionnels qui ont travaillé d'arrache-pied pendant une bonne dizaine d'années pour obtenir leur diplôme.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable. Hier, nous avons longuement évoqué le problème. Mme la ministre s'est engagée à prendre des mesures afin d'élever le plafond du cumul emploi-retraite des médecins retraités à 80 000 euros.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

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

M. Julien Aubert. Quand Alain Juppé était Premier ministre, nous avons créé des zones franches pour permettre aux entreprises de s'installer à certains endroits que nous souhaitions développer. Ces exonérations fiscales très avantageuses ont favorisé le développement de certaines villes. Prévoir une exonération fiscale pour permettre aux médecins de s'installer dans les zones blanches participerait de la même logique.

Dans sa réponse, Mme le rapporteur a abordé un autre sujet. Le relèvement du cumul pension-retraite est une bonne mesure pour des médecins qui souhaitent prolonger leur activité après le cadre légal – quoique nous ayons quelques inquiétudes sur l'âge exact auquel Mme la ministre souhaite faire partir les gens à la retraite. Mais on ne peut pas compter uniquement sur les retraités pour faire reculer les déserts médicaux. Il faut aussi penser aux jeunes profils. Il s'agit donc d'un bon amendement, qui compléterait les mesures adoptées hier.

M. le président. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard.

Mme Emmanuelle Ménard. Je rebondis sur les propos de M. Aubert. Dans ma circonscription, à Béziers, la création, il y a plus de dix ans, de deux zones franches a eu pour effet de vider le centre-ville de toutes les professions libérales. Il n'y a plus qu'un médecin généraliste dans le centre-ville, devenu à cet égard une zone sous-dense.

Je ne crois donc pas, comme on l'entend dire parfois, que les mesures incitatives ne servent à rien. Nous mesurons leur impact a contrario, en constatant l'effet pervers créé par les dispositions prises il y a dix ans.

Des mesures fiscales incitatives fortes, comme celles que je propose, aideraient les zones sous-denses rurales ou urbaines à se doter de médecins. J'insiste sur le fait que les déserts médicaux ne sont pas uniquement ruraux. Le centre-ville de certaines villes moyennes – je ne parle pas uniquement de leur périphérie – souffre d'un manque cruel de médecin.

(L'amendement n° 350 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Émilie Bonniard, pour soutenir l'amendement n° 1514.

Mme Émilie Bonnard. En raison de leur vocation touristique, certains territoires ruraux voient leur démographie médicale varier de manière importante en cours d'année. Parce que leur population peut être multipliée par cinq en haute saison, des médecins y exercent en effet de manière saisonnière pendant cette période. Cependant, puisqu'ils ne restent pas à l'année, ils ne sont pas les médecins traitants de la population permanente du territoire, notamment en zone rurale.

Or, dans la cartographie des déserts médicaux, les évolutions démographiques saisonnières des territoires touristiques n'ont pas été intégrées à la méthode de calcul de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée. Ainsi, en Savoie, les vallées et certains territoires ruraux connaissent un réel déficit de couverture médicale pour la population permanente à l'année, mais, la population touristique et le caractère temporaire de l'exercice de médecins saisonniers n'étant pas pris en compte, ils sont exclus de la carte des déserts médicaux. Ils se voient donc privés de dispositifs incitatifs à l'installation, alors même qu'ils ont toutes les caractéristiques de déserts médicaux.

Dans la vallée de la Maurienne, au cours des cinq prochaines années, 50 % des généralistes soignant la population permanente partiront à la retraite, sans que nous bénéficions de solutions de remplacement.

L'amendement vise à intégrer la population touristique, le nombre de médecins temporaires, de même que l'éloignement des centres urbains dans le calcul de l'APL, afin que la loi protège l'accès réel à la santé de la population permanente.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable. Nous avons abordé ce sujet lors de l'examen de l'article 5, qui tend à favoriser la présence de médecins adjoints dans les zones à afflux saisonnier. Nous avons longuement parlé du zonage et de la méthode de zonage. Le site de la DREES précise clairement les différents critères pris en compte dans l'indicateur APL. Enfin, une fois celui-ci établi, une discussion s'engage avec l'ARS et les CRSA. Pour ces raisons, l'amendement me semble satisfait.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable. Les zones dont vous parlez bénéficient déjà de nombreux dispositifs spécifiques, que je rappelle à la représentation nationale : le contrat de praticien territorial à activité saisonnière, l'exonération sociale spécifique aux zones de montagne pour le cumul emploi-retraite, le statut de médecin adjoint – que nous avons étendu hier aux zones sous-denses – et les aides du FIR, le fonds d'intervention régional, pour équiper les cabinets médicaux. Par ailleurs, la politique de soutien aux cabinets secondaires bénéficie particulièrement aux territoires connaissant des difficultés saisonnières. Ceux-ci me semblent donc bien couverts par les dispositifs existants.

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

Mme Caroline Fiat. Nous soutenons l'amendement. Ces dernières semaines, des touristes qui séjournaient en montagne ont eu la rougeole. Heureusement qu'ils n'étaient pas dans une zone sous-dotée en médecins, ce qui leur a permis d'être pris en charge et mis en isolement ! On a ainsi évité la catastrophe.

Le risque existe de voir surgir dans des zones touristiques des maladies nouvelles ou qui avaient disparu. Nous devons le prendre en compte.

M. le président. La parole est à Mme Émilie Bonnard.

Mme Émilie Bonnard. Soit l'amendement est mal rédigé, soit il a été mal compris. Il vise non à garantir aux touristes des médecins en nombre suffisant, mais à traiter un problème auquel j'ai moi-même été confrontée, qui se pose quand les touristes sont partis. Dans nos vallées, l'indicateur APL prenait en compte les médecins saisonniers. Il m'a fallu alerter Mme la ministre et lui demander qu'on modifie les critères pour que certaines zones, comme la vallée de la Maurienne, soient reconnues comme sous-denses et puissent bénéficier des dispositifs d'incitation.

Actuellement, la population permanente d'un territoire en zone touristique, comme les vallées, est pénalisée : elle ne bénéficie d'aucune aide quand sa démographie médicale diminue, alors même qu'elle vit dans un territoire qui a toutes les caractéristiques d'une zone sous-dense rurale.

C'est pourquoi je propose que, dans les territoires touristiques, l'indicateur APL intègre l'accès réel aux soins de la population permanente.

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

M. Cyrille Isaac-Sibille. J'ai attendu que nous finissions l'examen des amendements portant article additionnel après l'article 5 bis pour demander la parole. Tout à l'heure, certains tant à droite qu'à gauche ont résumé les propos de M. Bayrou en disant que, pour lutter contre la désertification médicale, il était favorable à l'instauration des mesures contraignantes.

Ce n'est pas ainsi qu'il s'est exprimé hier. Il a seulement dit que nous devons aider les jeunes médecins à s'installer dans les déserts médicaux et les accompagner.

M. Pierre Cordier. Qu'est-ce que ça veut dire ?

(L'amendement n° 1514 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Émilie Bonnard, pour soutenir l'amendement n° 1516.

Mme Émilie Bonnard. À la différence du précédent, l'amendement vise à éviter, dans certains territoires, les risques sanitaires particuliers liés à l'afflux de population touristique. Outre ceux qu'a mentionnés Mme Fiat, je pense aux traumatismes qui découlent de la pratique du ski ou de la baignade. Il est primordial que, sur ces territoires, les cabinets médicaux soient reconnus dans leur spécificité et que l'on accompagne l'acquisition d'équipements adaptés. Mme la ministre m'a en partie répondu.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable. Peut-être allez-vous encore me dire que je ne vous ai pas comprise, mais, tel qu'il est rédigé, l'amendement mettrait les équipements à la charge des professionnels de santé. Je ne suis pas sûre qu'il faille écrire cette disposition dans la loi.

(L'amendement n° 1516, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Avant l'article 6

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 789 et 1878.

La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n^o 789.

Mme Josiane Corneloup. Cet amendement vise à modifier le titre du chapitre III, en y ajoutant les mots « le secteur médico-social », ce qui aboutirait à l'intitulé suivant « Fluidifier les carrières entre la ville, le secteur médico-social et l'hôpital pour davantage d'attractivité ». Cela permettrait d'assurer la cohérence entre le titre du chapitre et le principal objectif recherché à travers l'article 6.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Janvier, pour soutenir l'amendement identique n^o 1878.

Mme Caroline Janvier. Amendement rédactionnel : il convient de faciliter le décloisonnement entre les secteurs médico-social et sanitaire.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'intention de décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social est évidemment louable, mais nous parlons ici du titre relatif aux ordonnances qui définiront le statut des praticiens hospitaliers. Elles concerneront donc également les établissements médico-sociaux publics et les praticiens hospitaliers susceptibles d'y exercer. La modification que vous souhaitez apporter ne me semble pas adaptée. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. En réalité, un tel exercice est déjà possible : les praticiens hospitaliers peuvent être mis à la disposition des établissements médico-sociaux. Cela étant, les dispositions que nous proposons simplifieront les choses, puisque les praticiens hospitaliers auront accès à un exercice mixte – ils pourront à tout moment rejoindre un établissement médico-social pour assurer un mi-temps, par exemple. Le champ de l'habilitation couvrant parfaitement l'objet de votre demande, il n'est pas nécessaire d'ajouter ces dispositions. Défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 789 et 1878 ne sont pas adoptés.)

Article 6

M. le président. Mes chers collègues, permettez-moi de saluer la présence, dans les tribunes, d'élèves officiers participant au séminaire interarmées des grandes écoles militaires. *(Mmes et MM. les députés, ainsi que Mme la ministre, applaudissent. – De nombreux députés se lèvent.)*

La parole est à Mme Isabelle Valentin.

Mme Isabelle Valentin. Actuellement, les dispositions législatives et réglementaires qui régissent l'emploi des médecins dans les établissements de santé publics et privés sont limitées et trop rigides. À l'heure où un consensus se fait jour sur la nécessité de mettre en place de véritables parcours de santé et de favoriser l'émergence d'un collectif de soins autour du patient, la modernisation et la simplification des conditions d'exercice des professionnels médicaux apparaissent comme un levier déterminant de la transformation du système de santé.

La situation à laquelle sont confrontés les établissements publics de santé est paradoxale. En dépit de la diversité des modalités d'emploi médical contractuel à leur disposition, ils rencontrent des difficultés importantes pour recruter des praticiens, pas seulement parce que certaines disciplines se caractérisent par une situation démographique tendue, mais aussi parce qu'ils peinent à permettre l'intervention de professionnels libéraux à l'hôpital dans le cadre d'actions de coopération entre ville et hôpital. Les spécificités propres à chaque forme de contrat constituent en fait des contraintes qui pénalisent la politique de recrutement appliquée par les hôpitaux pour répondre à leurs besoins précis. Cela a pour conséquence le développement de mécanismes de recrutement alternatifs, dont, en particulier, le recours à l'intérim et, *in fine*, une fragilisation des organisations et des activités hospitalières.

Dès lors, la modernisation et la simplification des conditions d'exercice des professionnels médicaux ne peuvent se limiter à ceux d'entre eux qui exercent au sein des établissements publics de santé. Il serait plus judicieux d'y intégrer les professionnels exerçant dans les établissements de santé privés non lucratifs et à statut commercial, ainsi que dans les centres de santé, les maisons de santé et les centres médico-sociaux. Or cet article, dans sa rédaction actuelle, ne le fait pas. Les dispositions que vous proposez apparaissent floues. Il est très regrettable que les professionnels de santé n'aient pas été suffisamment associés à leur élaboration. Il nous faut à présent en débattre. Nous voterons contre l'article 6, puisque le champ de l'habilitation ne permet pas d'appréhender la complexité du sujet.

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

M. Guillaume Larrivé. Alors que nous abordons la question du statut des praticiens hospitaliers, je voudrais, madame la ministre, appeler votre attention sur la situation du centre de régulation des urgences du centre hospitalier d'Auxerre. C'est un exemple très concret que l'on doit examiner au regard de la problématique de l'attractivité des hôpitaux publics. Le directeur général de l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté a choisi, contre l'avis de la communauté médicale, de l'ensemble des élus de Bourgogne – notamment de l'Yonne – et des acteurs de la sécurité civile, de proposer le transfert du centre de régulation des urgences de l'hôpital d'Auxerre vers l'hôpital régional de Dijon. Nous pensons – je parle au nom de la communauté des élus et des acteurs de terrain de l'Yonne – que c'est une très mauvaise idée, qui nuirait à l'attractivité du centre hospitalier départemental de l'Yonne. Nous considérons qu'un contre-projet gagnerait à être examiné par vos services : celui de la mutualisation du 15 – les « blancs » – et du 18 – les « rouges » – dans un centre d'appel commun localisé au sein du centre hospitalier d'Auxerre.

En vous faisant cette proposition, madame la ministre, je ne suis pas hors sujet. En effet, l'exposé des motifs de l'article que nous examinons vise, si je ne m'abuse, à accroître l'attractivité de l'emploi dans l'hôpital public. Pour un hôpital comme celui d'Auxerre, l'attractivité passe aussi par le maintien de structures de proximité utiles aux habitants, comme le centre de régulation des urgences. Comme je vous l'ai écrit, madame la ministre, je souhaiterais, avec tous les élus de l'Yonne – tant macronistes que socialistes, de droite, de gauche, du centre comme d'ailleurs, car ce n'est absolument pas une position politique – que nous soyons reçus par vous-même ou par votre cabinet pour vous exposer sereinement ce contre-projet et aussi, sans doute, pour lever

les malentendus qu'une attitude quelque peu bureaucratique du directeur général de l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté ne nous a pas permis, jusqu'alors, de lever.

M. le président. La parole est à M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Nombre d'établissements publics de santé rencontrent des difficultés importantes pour recruter des praticiens, outre dans le cas de certaines disciplines se caractérisant par une situation démographique tendue, pour permettre l'intervention de professionnels libéraux dans le cadre d'actions de coopération entre ville et hôpital. Les spécificités propres à chaque forme de contrat constituent en fait des contraintes qui pénalisent la politique de recrutement des hôpitaux pour répondre à ces besoins précis. Cela a pour conséquence le développement de mécanismes de recrutement alternatifs – dont, en particulier, le recours à l'intérim – et, plus généralement, une fragilisation des organisations et des activités hospitalières.

Aussi la proposition de fusion des statuts des praticiens hospitaliers amorce-t-elle sans doute une évolution souhaitable. La multiplicité des statuts est en effet lourde à gérer sur le plan administratif; le statut a besoin d'être réformé, et ses missions redéfinies. Toutefois, madame la ministre, pourquoi choisir la voie des ordonnances et ne pas discuter ici, avec les membres de notre assemblée, d'une disposition de cette importance, qui apparaît aujourd'hui encore floue à nos yeux? Pourquoi ne pas vous attaquer véritablement au cœur du problème? Beaucoup d'interrogations subsistent. Il est regrettable de priver la représentation nationale d'un tel débat, qui a partie liée à l'attractivité du secteur hospitalier, et que nous aurions aimé mener avec vous.

J'insiste sur la nécessité de procéder à une revalorisation financière et intellectuelle du statut de praticien hospitalier, à assurer une responsabilisation renouvelée des professionnels. C'est une demande émanant des principaux acteurs concernés. Les avez-vous suffisamment consultés, madame la ministre, avant de proposer cette évolution?

M. le président. La parole est à M. Joachim Son-Forget.

M. Joachim Son-Forget. Soyons clairs: je suis favorable à l'idée de l'exercice mixte entre le public et le privé, mais je m'interroge sur la méthode suivie – le recours aux ordonnances – pour les raisons idéologiques dont on a déjà discuté lors de l'examen d'autres articles. Il est vrai que cette fois, il y a bien urgence à légiférer, mais de nombreuses zones d'ombre persistent.

Connaissant les deux types d'exercice, je nourris une certaine appréhension concernant la qualité des soins. Certains établissements privés, dirigés par des potentats locaux, vont-ils faire encourir tous les risques à l'hôpital public, qui devra réaliser des actes lourds et peu rémunérateurs, tout en continuant à pratiquer des actes très rémunérateurs et peu risqués? Certains praticiens hospitaliers accorderont-ils la priorité à leur activité privée au détriment de leur travail au sein de l'hôpital public, et de la qualité de ce dernier? Subira-t-on des dérives, par exemple des freins supplémentaires à l'installation?

On pourrait favoriser la reprise, le cas échéant gratuitement, des parts d'un cabinet dont la valeur a baissé par de jeunes médecins qui s'installent, et qui pourraient assurer un exercice mixte – partagé avec l'hôpital public. On pourrait envisager de nombreux autres dispositifs. Mais qui contrôlera qu'il n'y aura pas de double garde, qu'un médecin qui a passé sa journée dans un cabinet privé ne passe pas sa nuit à

l'hôpital – mettant ainsi en danger, pendant vingt-quatre heures, la vie des patients? Qui contrôlera la qualité de l'organisation locale? La définition de la carte de soins régionale ne devrait-elle pas être placée sous la responsabilité, par exemple, d'un PU-PH – professeur des universités-praticien hospitalier? Vous le voyez, beaucoup de zones d'ombre demeurent, et on ne peut exclure l'apparition d'effets d'aubaine, éventuellement pervers.

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue!

M. Joachim Son-Forget. Il faudrait revaloriser le statut de praticien hospitalier, et non le décrédibiliser.

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

M. Alain Bruneel. L'article 6, qui habilitera le Gouvernement à modifier les conditions d'emploi des personnels hospitaliers par ordonnance, suscite notre inquiétude. Vous partez d'un mauvais diagnostic. Le Président de la République déclarait en effet, en septembre 2018: « notre système de santé ne souffre pas d'abord d'un problème de sous-financement. Il pêche par un vrai handicap d'organisation. » Comment y croire quand 48 % des hôpitaux sont en déficit et que le déficit cumulé, en 2018, frôle le milliard d'euros? Comment y croire lorsque les personnels soignants sont en sous-effectif chronique?

Pour répondre à ces problèmes, vous souhaitez simplifier, d'une part en créant un statut unique de praticien contractuel se substituant aux cinq statuts actuels et, d'autre part, en supprimant le concours associé. Or les simplifications que vous avez opérées depuis le début de la législature – qu'il s'agisse de la loi travail, de la réforme de la fonction publique ou aujourd'hui de la fonction publique hospitalière – se sont systématiquement traduites par des dérégulations. Vous souhaitez supprimer le concours, pour quoi faire? Encourager l'exercice partagé entre la ville et l'hôpital, pourquoi pas, mais il ne faut pas que cela se fasse au détriment de l'activité hospitalière. Cela risque essentiellement de contribuer à l'hémorragie déjà à l'œuvre dans le secteur public.

La principale finalité de cet article ne serait-elle donc pas de réduire les coûts et non, comme vous le prétendez, d'accroître l'attractivité du secteur hospitalier? Pour atteindre ce dernier objectif, il faut avant tout garantir de bonnes rémunérations et des conditions de travail décentes, mais aussi titulariser les contractuels, qui sont déjà trop nombreux. (*M. Jean-Paul Dufrègne applaudit.*)

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

Mme Caroline Fiat. J'observe tout d'abord qu'une fois de plus, vous nous demandez de signer un chèque en blanc.

Le Gouvernement dit vouloir, par cet article, fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour accroître l'attractivité de l'exercice à l'hôpital. Un tel souhait n'est pas, en soi, critiquable. Mais soyons plus précis: pour y parvenir, vous prétendez favoriser l'exercice à l'hôpital des professionnels libéraux. Nous avons pourtant évoqué tout au long de la nuit dernière le manque de professionnels libéraux dans les zones sous-denses. Et on leur demanderait d'exercer aussi dans les hôpitaux publics? Ça risque d'être compliqué!

L'article 6 entend également transformer nos praticiens hospitaliers en médecins contractuels. Madame la ministre, tout à l'heure, vous vous êtes émue de tweets d'internes concernant nos demandes de régulation à propos des zones sous-denses. Je ne suis pas sûre que les internes seront satisfaits d'apprendre que voulez tous les contractualiser.

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

M. Jean-Pierre Door. C'est un sujet important. Vous souhaitez « fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital » ; en effet, la complémentarité entre le public et le privé est fondamentale. Des besoins s'expriment dans toute la France en faveur d'un passage des hôpitaux vers les cliniques ou les maisons de santé, mais aussi en faveur du mouvement inverse – car si des passerelles sont jetées entre le public et le privé, elles doivent pouvoir être empruntées dans les deux sens.

Ainsi, dans le cadre de la permanence des soins, en particulier dans certaines spécialités – orthopédie, cardiologie, pédiatrie, etc. –, il est possible que des praticiens privés assurent des permanences à l'hôpital public, et inversement que des médecins hospitaliers exercent hors de l'hôpital. Dans mon territoire, nous avons ainsi organisé, Mme Rist le sait, des consultations avancées de médecins hospitaliers dans les communes rurales.

Mais je me demande, tout d'abord, pourquoi vous voulez recourir à une ordonnance, d'autant que sa ratification devra intervenir dans un délai de douze mois. Nous devrions donc déjà en connaître le contenu.

Ensuite, comment seraient rémunérés les praticiens hospitaliers allant sur le terrain privé ou, à l'inverse, les médecins privés assurant à l'hôpital une garde en orthopédie, ophtalmologie ou autre ? L'ordonnance traitera-t-elle de ces questions ?

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

M. Cyrille Isaac-Sibille. Nous soutenons totalement cet article. Parce qu'elles tendent à simplifier les carrières et à réconcilier l'hôpital et la médecine libérale, revenant ainsi en partie sur la séparation opérée en 1968, ces dispositions attendues depuis longtemps bénéficieront au premier comme à la seconde.

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements identiques de suppression de l'article, n^{os} 59, 179, 334, 346 et 1399.

La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n^o 59.

M. Bernard Perrut. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Émilie Bonnavard, pour soutenir l'amendement n^o 179.

Mme Émilie Bonnavard. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Emmanuelle Ménard, pour soutenir l'amendement n^o 334.

Mme Emmanuelle Ménard. Une fois de plus, le Gouvernement cherche malheureusement à court-circuiter le débat, puisque l'article 6 l'habilite à légiférer par ordonnance pour réformer le statut de praticien hospitalier. Une fois de plus, les territoires sont mis de côté et la représentation nationale est dépossédée de son pouvoir sur des questions importantes. Voilà qui a de quoi surprendre en plein grand débat, alors que M. Macron répète à l'envi que le temps de la concertation est venu. Je n'évoquerai même pas vos promesses de coconstruction, tant ces paroles sonnent creux.

L'article 6 prévoit de créer un statut unique de praticien hospitalier. Sachant à quel point la multiplicité des statuts constitue un frein à l'embauche pour les hôpitaux, on ne

peut que trouver cela positif. Mais le contour du nouveau statut n'est évidemment pas esquissé dans le texte, et la concertation avec les professionnels n'a pas encore eu lieu. Il aurait été préférable d'achever le travail avant de présenter le projet de loi ; alors que tant d'interrogations subsistent, légiférer par ordonnance est totalement inapproprié. Voilà pourquoi je demande la suppression de l'article.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Dufrègne, pour soutenir l'amendement n^o 346.

M. Jean-Paul Dufrègne. « Nous sommes maltraitants », « On nous demande de la production, peu importe la qualité du soin », « J'ai l'impression d'être à la chaîne chez Toyota », « Pour eux, ce sont des ratios, des chiffres, mais pas des êtres humains » : ces témoignages recueillis lors de notre tour de France des hôpitaux révèlent la souffrance des personnels hospitaliers, soignants comme non soignants.

Cette situation a plusieurs causes : les multiples cures d'austérité infligées à l'hôpital public ces dernières années – représentant, au total, 8 milliards d'euros, dont 1,6 milliard en 2018 et 900 millions en 2019 –, la course à l'activité, qui s'apparente à une course à l'épuisement, les regroupements d'établissements au sein des groupements hospitaliers de territoire – GHT –, l'application de méthodes de gestion issues du secteur privé, l'intensification du travail, l'exigence de faire plus avec moins...

L'article 6 prévoit d'habiliter le Gouvernement à modifier les conditions d'emploi des personnels hospitaliers par le biais d'une ordonnance, démontrant une volonté d'exclure le Parlement des enjeux essentiels de la réforme. Ce sujet mérite, au contraire, un débat approfondi et éclairé avec la représentation nationale, tant la situation est préoccupante. Il convient de prendre des mesures urgentes pour revaloriser les carrières hospitalières ; il faut créer des emplois, titulariser les contractuels et revaloriser les rémunérations. En l'absence de tous ces éléments, nous demandons la suppression de l'article.

Nous proposons pour notre part de titulariser les contractuels de la fonction publique hospitalière, de créer 100 000 emplois publics, plans de formation et de qualification, de revaloriser les carrières et les rémunérations des agents hospitaliers et des internes, et de soumettre toute certification d'établissement au critère de la qualité des conditions de travail.

M. le président. La parole est à Mme Caroline Fiat, pour soutenir l'amendement n^o 1399.

Mme Caroline Fiat. Nous assistons depuis quelques années à une dérive complète de l'exercice médical à l'hôpital ; en favorisant le recours aux contractuels, l'article 6, s'il était adopté, contribuerait gravement au phénomène. La proportion de contractuels augmente constamment, la médecine libérale est exercée au sein même de l'hôpital et les équipes médicales sont complètement déstructurées : tout cela ne peut conduire qu'à une dégradation des conditions de travail et à une baisse de la qualité des soins. C'est une mise à mort de l'hôpital public !

La force de l'hôpital réside dans le travail d'équipe. Il est sa raison d'être. Or toute personne travaillant en équipe sait que les rotations permanentes de contractuels désorganisent le travail et conduit les personnels, déjà en sous-effectif, à changer leur façon de travailler. Il faut vraiment en tenir compte.

Le recrutement de praticiens hospitaliers doit constituer le mode de recrutement privilégié, le recours à des contractuels devant demeurer l'exception. L'exercice libéral à l'hôpital devrait être interdit, et le statut de praticien hospitalier renforcé et sécurisé.

Puisque l'article 6 va à l'encontre de ces préconisations, nous en demandons la suppression, d'autant plus que nous sommes opposés au principe même des ordonnances.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je comprends votre position, mais l'habilitation à légiférer par ordonnance me semble ici nécessaire. Les personnes interrogées au cours des différentes auditions en ont d'ailleurs approuvé les objectifs.

Je resterai cependant vigilante sur le contenu de l'ordonnance elle-même. J'émetts un avis défavorable à l'adoption de ces amendements de suppression de l'article.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je suis évidemment défavorable à ces amendements de suppression.

Vous le savez, les hôpitaux ont besoin, dès à présent, d'évolutions statutaires pour recruter ; dans tous vos territoires, vous connaissez les difficultés qu'ils connaissent en ce domaine. En outre, les praticiens hospitaliers souhaiteraient rendre leur carrière plus attractive. Pour tenir compte des évolutions du système de santé, nous voulons également décloisonner la ville et l'hôpital, comme tout le monde en reconnaît l'urgence.

Nous lancerons une concertation à l'occasion de la rédaction de l'ordonnance, car nous avons absolument besoin d'échanger avec les professionnels et les fédérations. Nous souhaitons que la concertation soit finie avant l'été, afin d'être prêts à la rentrée.

Le recrutement de contractuels à l'hôpital n'est pas destiné à concurrencer le statut de praticien hospitalier, mais à le compléter. L'ordonnance comprendra des dispositions visant à encadrer le recours aux contrats.

Monsieur Bruneel, vous avez évoqué la suppression du concours mais celui-ci, en réalité, n'en est pas vraiment un. Si 95 % des praticiens hospitaliers sont reçus, c'est parce qu'il s'agit plutôt d'une sélection sur titres. Pourtant, son organisation mobilise énormément de gens, ce qui est absurde. L'examen oral, en particulier, implique de faire se déplacer des praticiens hospitalier pour le faire passer.

Nous proposons donc de supprimer ce concours, tout en garantissant la qualité des recrues, qui seront évaluées à partir des titres et travaux figurant sur leur CV. En outre, la période probatoire d'un an destinée à vérifier les compétences des praticiens hospitaliers recrutés est maintenue. Il ne s'agit donc que de simplifier les formalités administratives.

Monsieur Door, l'exercice mixte implique des mouvements dans les deux sens : il signifie qu'un praticien hospitalier recruté dans le public peut également avoir une activité libérale – pas à l'hôpital, mais en dehors, par exemple une journée par semaine dans une maison de santé pluriprofessionnelle –, et à l'inverse, qu'un médecin libéral peut donner des consultations à l'hôpital une journée par semaine, par exemple dans une spécialité manquante qui n'y est pas représentée. Ce sont ces mouvements que l'ordonnance va permettre d'encadrer.

Madame Fiat, vous avez totalement raison de souligner l'importance du travail en équipe, car c'est ce qui assure la sécurité des soins. Il faut disposer d'équipes pérennes, mais il est possible d'en avoir avec des praticiens qui ne viennent que deux jours par semaine, comme je l'ai vécu dans mon hôpital. Un professionnel peut venir exercer ponctuellement une activité précise – l'endoscopie, par exemple – qui n'est pas de la compétence reste de l'équipe, mais il n'en fait pas moins partie de l'équipe, car il n'est pas nécessaire de travailler avec elle à temps plein pour y appartenir. Il en va différemment des intérimaires, qui tournent d'hôpitaux en hôpitaux et qui détruisent l'esprit d'équipe. Nous proposons que l'ordonnance remplace le recours permanent aux intérimaires par des personnes ayant signé un contrat avec l'hôpital et qui assureront une présence pérenne, même si celle-ci ne sera pas forcément à temps plein ; même présentes à temps partiel, elles feront totalement partie de l'équipe et y seront intégrées.

Les médecins privés venant exercer à l'hôpital seront rémunérés comme des salariés contractuels ; ceux qui ne consulteront qu'une fois par semaine dans une spécialité manquante n'auront toutefois pas vocation à être impliqués dans la gouvernance de l'hôpital. Celle-ci sera réservée aux personnes consacrant la très grande majorité de leur temps à la fonction de praticien hospitalier.

Tel est l'esprit de la future ordonnance. Nous prendrons aussi énormément de décrets, car de nombreuses dispositions relèvent du domaine réglementaire. Les travaux avec les professionnels viennent de commencer, avec l'objectif de les achever avant l'été.

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

M. Jean-Carles Grelier. Madame la ministre, j'aurais besoin que vous me rassuriez sur un point : nous nous sommes battus hier soir et encore ce matin pour préserver, autant qu'il était possible, la médecine en exercice libéral, mais je crains que la suppression du statut de praticien hospitalier n'aspire demain les derniers praticiens de nos territoires vers les hôpitaux de proximité. Je redoute que la médecine entièrement publique, que certains appellent de leurs vœux sur ces bancs, ne devienne une réalité. Pouvez-vous me rassurer ?

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur Grelier, je veux vous rassurer, nous ne supprimons pas du tout le statut de praticien hospitalier.

M. Jean-Carles Grelier. Non, mais le concours de praticien hospitalier.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Pour avoir été membre du jury, je peux vous assurer que ce concours est un faux concours : on regarde surtout le CV des candidats, leur formation, leurs titres et leurs travaux. Or pour faire passer ce pseudo-examen, il faut mobiliser le ban et l'arrière-ban des praticiens hospitaliers et perdre énormément de temps, le tout pour un taux d'admission de 95 %. Mieux vaut donc réellement recruter sur titres et travaux. C'est pourquoi nous supprimons le concours, mais nous maintenons la période probatoire d'un an, destinée à vérifier que les recrues ont bien les qualités et les compétences requises et réussissent à s'intégrer dans leur équipe. Nous faisons simplement disparaître un acte administratif inutile.

Le statut de praticien hospitalier, quant à lui, est conservé mais nous créons un statut unique, permettant à ceux qui le souhaitent d'avoir une activité libérale – j'insiste toutefois sur le fait qu'elle doit avoir lieu en dehors de l'hôpital; nous ne favorisons pas l'exercice libéral au sein des hôpitaux.

Les anesthésistes, par exemple, ont tout intérêt à exercer dans des cliniques privées, si bien que les hôpitaux publics ont le plus grand mal à en recruter. Or sans anesthésiste, comment faire fonctionner un bloc opératoire? Nous pensons que le recrutement de ces spécialistes serait plus facile s'ils pouvaient, si vous me passez l'expression, mettre du beurre dans les épinards en exerçant une journée par semaine dans une clinique proche. Telle est notre idée: favoriser un exercice mixte pour rendre l'hôpital plus attractif. Nous ne souhaitons en aucun cas faire concurrence à la médecine libérale, mais il nous semble opportun d'éviter que les médecins soient obligés de choisir, pour le reste de leur carrière, entre les exercices libéral et hospitalier.

Je souhaite par ailleurs rassurer la gauche de l'hémicycle quant au sort de la fonction publique hospitalière: il est hors de question de supprimer le statut de praticien hospitalier; simplement, nous créons un contrat unique, rendant possible l'exercice mixte, mais sans remettre en cause l'activité des praticiens hospitaliers souhaitant exercer à temps plein.

Ce sont d'ailleurs ces derniers, ceux qui passeront la plus grande part de leur temps à faire tourner l'hôpital, qui seront impliqués dans la gouvernance hospitalière, et non les contractuels qui n'y exerceront qu'une journée par semaine.

Ainsi, nous ne détricotons pas le statut de praticien hospitalier: nous ne faisons que l'alléger pour rendre ces postes plus attractifs dans nos hôpitaux généraux.

M. le président. La parole est à Mme Gisèle Biémouret.

Mme Gisèle Biémouret. Madame la ministre, je comprends bien la philosophie des mesures que vous venez de présenter. Nous savons que les médecins intérimaires plombent énormément les finances des hôpitaux, et que certains hôpitaux n'ont pas d'autre choix que d'y avoir recours puisqu'il est très compliqué de faire tourner un hôpital sans médecins!

J'aimerais vous poser une question concernant les urgents. Est-il vrai qu'un médecin urgentiste ayant le statut de praticien hospitalier et exerçant dans un hôpital peut effectuer des remplacements dans d'autres hôpitaux en qualité d'intérimaire, ce qui lui assure des revenus importants au vu des tarifs pratiqués? Si cela est possible, n'est-ce pas le moment d'essayer de réguler cette pratique?

M. le président. La parole est à M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. J'ai également quelques questions concernant le statut des praticiens hospitaliers. Si je comprends bien, vous supprimez le concours national de praticien hospitalier, comme on appelle encore cet examen, et vous mettez en place une commission. Cette dernière sera-t-elle instaurée au niveau local, régional ou national? Finalement, qui nommera les futurs praticiens hospitaliers? Qu'en sera-t-il des statuts? Le statut des praticiens hospitaliers actuels, recrutés selon les modalités réglementaires en vigueur aujourd'hui, sera-t-il maintenu? L'ancien statut et le nouveau coexisteront-ils au sein des hôpitaux? Il est à craindre que les difficultés de recrutement perdurent malgré tout.

Par ailleurs, la pratique dite des « mercenaires » pose problème dans la mesure où on entend certains praticiens hospitaliers parler de démissionner pour en adopter le statut. Ne faudrait-il pas l'interdire, pour ramener les forces vives au sein de l'hôpital?

L'exercice mixte est une vraie avancée: il s'agit non seulement de faire venir les médecins libéraux à l'hôpital, mais également de permettre aux médecins hospitaliers d'exercer en ville. C'est un rêve que je fais depuis longtemps et que vous êtes en train de réaliser, madame la ministre! Je vous en remercie.

M. Jean-Paul Dufègne. M. Hammouche en a rêvé, le Gouvernement l'a fait!

M. Brahim Hammouche. Rassurez-nous sur la question du statut des praticiens hospitaliers. Je suis moi-même noyé de nombreux SMS relayant cette inquiétude...

M. le président. La parole est à M. Joachim Son-Forget.

M. Joachim Son-Forget. Madame la ministre, j'aimerais vraiment obtenir une réponse à la question que je vais exprimer et qui rejoint celles de mes collègues. Qui va assurer le contrôle qualité? Pour certaines spécialités, l'exercice mixte va bien fonctionner et va être un vrai bol d'air, mais pour d'autres, il n'entraînera que des effets de vases communicants s'il ne fait l'objet d'aucun contrôle. Ce contrôle doit-il être assuré au niveau de l'ARS? Pour ma part, je préférerais un contrôle collégial, par spécialité, exercé par les professionnels de santé, les ordres, les patients et l'ARS. En tout cas, un contrôle qualité est nécessaire pour éviter les débordements. Il ne faut pas que l'hôpital se retrouve toujours à payer, en termes budgétaires et en termes de risque, pour certains actes alors que les soins les plus rémunérateurs seront assurés dans les cliniques. Au lieu de renforcer l'hôpital, ne risquons-nous pas de renforcer des potentats locaux? Madame la ministre, je souhaite vraiment que vous nous disiez comment les choses vont se passer. Nous devons éviter le surmenage et empêcher que les praticiens ne passent d'un exercice à l'autre sans respecter la pause obligatoire prévue pour la protection des patients. Cela dit, je trouve votre idée plutôt bonne, d'autant que je connais ce type d'exercice mixte.

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

M. Jean-Pierre Door. Il est vrai que l'exercice mixte est une pratique très intéressante. D'ailleurs, en France, on observe certains rapprochements entre une clinique et un hôpital – les deux se fondent même parfois pour constituer un site hospitalier important.

Ma question porte sur la forme de la rémunération que percevra le praticien hospitalier lorsqu'il exercera une activité libérale. Comment cela se passera-t-il?

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'ai été interrogée sur les conditions de nomination des praticiens hospitaliers et l'éventualité d'une modification du statut actuel suite à la suppression du concours. Ces questions feront l'objet d'une concertation dans le cadre de l'élaboration de l'ordonnance. En flux, nous modifierons les contrats des praticiens hospitaliers entrants.

J'ai bien précisé que le statut de praticien hospitalier ne serait pas supprimé : nous voulons simplement mettre en place un statut unique qui permettra un exercice mixte. La fonction publique hospitalière restera bien la fonction publique hospitalière.

Monsieur Door, vous m'avez interrogé sur les conditions de rémunération des praticiens hospitaliers qui choisiront une activité mixte et exerceront dans le secteur libéral un jour par semaine. Dès lors qu'ils exerceront dans le secteur libéral, ils auront une rémunération à l'acte ; quand ils retourneront à l'hôpital, ils seront salariés. S'ils vont dans une structure comme un centre de santé, ils auront une rémunération salariée. Il en est de même s'ils exercent dans le secteur médico-social, par exemple en EHPAD. En réalité, la rémunération des actes assurés en dehors de l'hôpital, dans le cadre de ce statut mixte, dépendra de l'endroit où les praticiens vont exercer. En d'autres termes, lorsque les praticiens passeront une ou deux journées par semaine en dehors de l'hôpital, il n'y aura pas un seul mode de rémunération.

Madame Biémouret, vous m'avez interpellée sur la situation des urgentistes qui ont le statut de praticien hospitalier à temps plein mais qui donnent du temps ailleurs. Ils n'en ont pas le droit. Normalement, quand vous êtes praticien hospitalier à temps plein, vous êtes soumis aux règles de la fonction publique hospitalière et vous n'avez pas le droit d'exercer une activité rémunérée ailleurs. En réalité, de nombreux praticiens hospitaliers assurent des gardes dans le secteur privé en plus de leur temps plein à l'hôpital. Malheureusement, nous ne sommes pas en mesure de les contrôler car nous ne connaissons pas leur situation. Finalement, la création d'un statut mixte permettra de clarifier les choses : si certains veulent s'engager à exercer quatre jours par semaine à l'hôpital et un jour dans le privé, cela sera officiellement possible.

Monsieur Son-Forget, vous m'avez posé la question de l'encadrement. Ce sujet sera évoqué dans le cadre de la concertation. Nous devons effectivement édicter un certain nombre de règles d'encadrement. Vous avez raison : d'une spécialité à l'autre, les besoins peuvent être différents.

Je veux dire à la représentation nationale que l'exercice mixte est une demande forte émanant à la fois des directions hospitalières et des praticiens hospitaliers eux-mêmes. Ces derniers ont envie d'une diversité de parcours, d'un statut qui leur permet de découvrir différents modes d'exercice. Par exemple, ils veulent pouvoir accéder à un plateau technique qu'ils vont trouver soit dans le secteur hospitalier, soit dans le secteur libéral. L'exercice mixte leur permettra d'assurer certains actes dans le secteur hospitalier et d'autres dans le secteur libéral. Les règles vont être simplifiées. Cela permettra également d'accroître l'attractivité de la plupart de nos hôpitaux, qui ont aujourd'hui une difficulté folle à recruter des professionnels.

(Les amendements identiques n^{os} 59, 179, 334, 346 et 1399 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Hugues Ratenon, pour soutenir l'amendement n^o 1410.

M. Jean-Hugues Ratenon. La visite médicale consiste en l'envoi, par les industriels du médicament, de commerciaux officiellement chargés d'informer les professionnels de santé, dont les praticiens hospitaliers, des vertus de leurs produits. Sur la base d'une enquête effectuée auprès des médecins, la revue *Prescrire* estime que les effets indésirables du produit sont passés sous silence lors de 74 % des visites médicales et

que les contre-indications et interactions médicamenteuses ne sont évoquées que lorsque le médecin pose la question. Dans un contexte de surconsommation du médicament en France, après des décennies de surprescription qui posent désormais des problèmes de santé publique, il ne nous semble pas raisonnable de maintenir la publicité, auprès du public comme auprès des professionnels.

La suppression des visiteurs médicaux a été proposée par l'Inspection générale des affaires sociales – IGAS – après l'affaire du Mediator. À défaut de pouvoir interdire directement les visites médicales, nous souhaitons préciser le champ de l'habilitation du Gouvernement afin qu'il soit possible d'intégrer un volet déontologique et éthique dans l'ordonnance de refonte des statuts des personnels de santé.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Défavorable. Les praticiens hospitaliers doivent déjà respecter la déontologie médicale.

(L'amendement n^o 1410, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Loïc Prud'homme, pour soutenir l'amendement n^o 1419.

M. Loïc Prud'homme. Ce projet de loi ne comporte pas un mot sur les conditions de travail des soignants et des médecins. Les professionnels de santé s'épuisent chaque jour un peu plus, mais l'austérité budgétaire que vous imposez continue inlassablement de les maltraiter. Merci à eux car, sans leur dévouement, notre système de santé n'existerait plus aujourd'hui !

Cet automne, madame la ministre, les syndicats de l'hôpital de Périgueux vous ont écrit pour vous alerter sur la dégradation inquiétante de leurs conditions de travail et les dangers qu'elle fait peser sur les patients pris en charge. « Madame la ministre, les agents ne veulent plus parce qu'ils ne peuvent plus ! Ils ont peur de commettre l'irréparable », écrivaient-ils. Les agents hospitaliers multiplient les grèves de la faim pour tenter de se faire entendre. La situation ne s'est pas améliorée depuis cette alerte : au contraire, elle se dégrade constamment, et ce projet de loi ne résout rien.

En octobre 2017, dans son film *Burning out – Dans le ventre de l'hôpital*, Jérôme Le Maire dressait un tableau précis et inquiétant du mal-être des soignants sur leur lieu de travail. Le taux d'absentéisme pour maladie atteint régulièrement 8 %. La souffrance au travail désorganise les effectifs et met en danger les patients. Pourtant, le syndrome d'épuisement professionnel n'est toujours pas reconnu : les soignants qui en souffrent ne sont toujours pas considérés comme des victimes.

En février 2017, les députés du groupe La France insoumise avaient déposé une proposition de loi sur le burn-out visant à faire reconnaître comme maladies professionnelles les pathologies psychiques résultant de l'épuisement professionnel. Mon amendement n^o 1419 vise à cette reconnaissance, au moins pour les personnels soignants. La reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel doit permettre de mieux soigner les soignants qui en souffrent et de prévenir les risques en imposant de nouvelles méthodes d'organisation du travail. La santé des personnels soignants et la qualité de la prise en charge de tous les patients en dépendent de manière vitale.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous avez raison, monsieur Prud'homme : il était important de redonner du sens à l'activité des professionnels de santé en souffrance, et pas seulement dans les établissements ! C'est ce que nous faisons, dans le cadre du plan « ma santé 2022 » et de ce projet de loi, en écoutant les acteurs, en travaillant avec eux et en leur donnant confiance. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Comme vous, monsieur Prud'homme, je souhaite évidemment améliorer la qualité de vie au travail des soignants. C'est tout l'objet de ce projet de loi. Mme la rapporteure a dit que nous voulions redonner du sens aux soignants et leur donner une direction afin qu'ils sachent où ils vont.

Le management et la qualité de vie au travail sont prioritaires pour moi. C'est la raison pour laquelle j'ai mis en place l'été dernier, sous la direction du Pr Colombat, spécialiste de la qualité de vie au travail et des problèmes psychosociaux dans le monde hospitalier, un observatoire de la qualité de vie au travail pour les soignants, chargé de me remettre un rapport annuel avec des propositions visant à améliorer le management et la qualité de vie au travail des soignants.

Nous avons également eu la même démarche pour les étudiants en santé. Après le rapport de Mme Donata Marra, Frédérique Vidal et moi-même avons pris de nombreuses mesures pour favoriser la qualité de vie des étudiants en santé, qu'ils soient médecins ou paramédicaux.

Cet engagement des soignants est donc pleinement pris en considération dans la politique que nous menons et je redonne d'ailleurs des moyens à l'hôpital avec les engagements financiers que j'ai pris cette année en faveur des hôpitaux, des tarifs et de l'investissement. Vous voyez donc que ce sujet est traité. En revanche, il ne fait pas l'objet de l'ordonnance, qui concerne bien le statut des professionnels hospitaliers. Avis défavorable à l'amendement, donc.

(L'amendement n° 1419 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Hugues Ratenon, pour soutenir l'amendement n° 1415.

M. Jean-Hugues Ratenon. Cet alinéa habilite le Gouvernement à prendre par ordonnances des mesures visant à renforcer l'attractivité des carrières hospitalières. Le bon sens voudrait que, pour donner envie aux étudiants en médecine d'exercer à l'hôpital, le Gouvernement cesse les coupes budgétaires qui y rendent le quotidien impossible pour les professionnels. Le soin à l'hôpital est en effet devenu un parcours du combattant, éreintant, épuisant mentalement, qui pousse de nombreux professionnels au burn-out, voire au suicide. Or, la logique du Gouvernement le pousse à considérer l'attractivité d'un emploi comme un simple appât du gain. Il faudrait ainsi, selon cet alinéa, « décloisonner les parcours » en facilitant l'exercice libéral pour les praticiens hospitaliers.

L'amendement tend donc à supprimer cet alinéa. Alors que l'exercice libéral pour les praticiens hospitaliers existe déjà, cette pratique est minoritaire : c'est bien la preuve qu'elle n'intéresse pas les praticiens hospitaliers.

Le groupe La France insoumise pense que, pour rendre la carrière hospitalière attractive, il faut redonner aux hôpitaux des moyens humains et financiers, mais aussi assurer un

statut sécurisé et une carrière stable aux personnels hospitaliers, afin qu'ils aient un métier épanouissant et que les patients aient accès à un médecin qui a du temps à leur accorder.

(L'amendement n° 1415, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Hugues Ratenon, pour soutenir l'amendement n° 1398.

M. Jean-Hugues Ratenon. Dans la nuit du 17 au 18 décembre dernier, une patiente admise aux urgences décédait sans avoir pu être prise en charge, après douze heures d'attente, à l'hôpital Lariboisière. Le 23 janvier, c'était une fillette de 4 ans qui perdait la vie après une heure et demie d'attente à l'hôpital de Vierzon. Ces cas sont nombreux, sans compter ceux des patients renvoyés à leur domicile sans avoir pu être pris en charge par les services d'urgence, comme ce fut le cas à Orléans ce même 23 janvier. D'autres cas sont aussi recensés, malheureusement, dans les outre-mer.

La responsabilité ne saurait en être imputée aux personnels à bout de souffle. L'hôpital public craque de tous côtés. S'il ne s'écroule pas, c'est en grande partie grâce au dévouement et au plein engagement des équipes de soins. La raison en est claire : le manque de moyens. En effet, ces drames ne s'expliquent pas seulement par une organisation défaillante : à Lariboisière par exemple les effectifs étaient au complet, mais largement insuffisants. Comme on le voit, l'austérité imposée aux hôpitaux publics, que n'arrangent pas les deux derniers projets de loi de financement de la Sécurité sociale votés par cette majorité, a des effets très dangereux, notamment dans les services d'urgence.

Cet amendement vise donc à élargir le périmètre de l'habilitation de l'ordonnance, de façon à y intégrer la nécessité d'assurer la continuité de l'accès à la santé dans tous les services qui en ont besoin.

(L'amendement n° 1398, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Alain Bruneel, pour soutenir l'amendement n° 347.

M. Alain Bruneel. L'habilitation prévue au présent alinéa prévoit de « simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital ». De telles dispositions laissent craindre une fragilisation du statut de la fonction publique hospitalière en multipliant les recrutements sous des conditions dérogatoires.

Comme d'autres articles du projet de loi, ces dispositions entretiennent la confusion entre le public et le privé. Simplifier, pourquoi pas ? Mais cela doit se faire dans le respect du droit de la fonction publique. Or, avec cet article, nous avons un avant-goût de la réforme de la fonction publique : plus de contractuels et moins de fonctionnaires. Nous militons, au contraire, pour la titularisation des contractuels, déjà trop nombreux dans la fonction publique hospitalière, car l'hôpital fonctionne aujourd'hui en se reposant sur des personnels au statut dérogatoire – internes, externes, contractuels et intérimaires.

Le recours à des ordonnances nous empêche, une fois de plus, de savoir quelles sont les orientations exactes de votre réforme du statut du praticien hospitalier. En l'état, nous sommes inquiets et c'est pourquoi nous demandons le retrait de ces dispositions, ainsi que des explications.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Monsieur Bruneel, vous souhaitez supprimer la partie de cette habilitation relative à la simplification du recrutement par contrat. On peut comprendre votre inquiétude. Cependant, il ne s'agit pas de généraliser ce recrutement, mais de le rendre moins complexe. À l'heure actuelle, en effet, il existe de multiples formes de contrats pour praticiens hospitaliers, avec les statuts de praticien contractuel, de praticien attaché et de praticien attaché associé, de clinicien hospitalier, de praticien adjoint contractuel, et j'en oublie. Il faut donc remettre tout cela à plat et simplifier, afin de rendre attractifs nos établissements. Avis défavorable.

(L'amendement n° 347, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Brahim Hammouche, pour soutenir l'amendement n° 805.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement vise à créer une expérimentation afin d'élargir l'exercice partagé à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Il s'agit là d'une philosophie de décloisonnement, notamment entre les secteurs sanitaire et médico-social.

Favoriser l'attractivité sous statut hospitalier et encourager l'exercice partagé à l'hôpital et en ville sont des objectifs louables, en ce sens qu'ils décloisonnent les activités. Penser le décloisonnement entre le secteur de la santé et celui du médico-social paraît en effet nécessaire pour améliorer notre organisation du système de santé. Il s'agit également de remédier aux glissements de tâches qui ont pour effet que le sanitaire fait du médico-social et que les services sont engorgés par des missions qui dépassent largement les budgets qu'ils reçoivent au quotidien. C'est d'ailleurs ce que préconise la stratégie nationale de santé, qui vise précisément à assurer la continuité des parcours avec une offre transversale entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Monsieur Hammouche, votre amendement me semble satisfait par le texte. C'est précisément sa souplesse qui permettra ce que vous souhaitez. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Je retire donc l'amendement.

(L'amendement n° 805 est retiré.)

(L'article 6 est adopté.)

Après l'article 6

M. le président. La parole est à Mme Huguette Bello, pour soutenir l'amendement n° 1791, portant article additionnel après l'article 6.

Mme Huguette Bello. Cet amendement procède d'une double source. La première est le rapport de la Cour des comptes de 2017 sur le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale, qui met en lumière les grandes disparités qui existent dans la répartition des personnels hospitalo-universitaires entre les CHU et précise que ces disparités ne font pas l'objet d'actions correctrices fortes de la part des pouvoirs publics.

La deuxième source est la situation qui prévaut au CHU de La Réunion, plus jeune CHU de France, créé en 2012, et qui, en dépit de ses faibles effectifs d'enseignants titulaires, n'enregistre de nouvelles nominations qu'au compte-gouttes : deux PU-PH – professeurs des universités-praticiens hospitaliers – en 2015 et, prochainement, en septembre 2019, deux MCU-PH – maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers. En 2015, pourtant, le directeur de la Direction générale de l'offre de soins plaide fortement en faveur de l'établissement d'une feuille de route prévoyant environ quatre postes par an à La Réunion, ainsi que quelques postes pour la Martinique et la Guadeloupe. Vous conviendrez que nous en sommes loin.

Rapportée à l'augmentation constante du nombre des étudiants en médecine, cette très timide évolution ne peut que se traduire par une dégradation continue des taux d'encadrement. Elle risque aussi de réduire à néant les effets attendus de la suppression du numerus clausus.

L'amendement vise donc à ce que les pouvoirs publics favorisent une répartition plus équilibrée des personnels titulaires. Amplifier la propension actuelle consistant à recourir toujours davantage aux acteurs non hospitalo-universitaires ne peut en effet constituer l'unique remède. Je vous remercie de prendre en considération cet amendement pour La Réunion.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. La question mérite que nous nous y arrêtions un moment. Madame Bello, je souscris à votre témoignage et à votre diagnostic. Cependant, il faut toujours mettre en rapport le taux d'encadrement, notamment des professeurs des universités, et la recherche menée : il est donc difficile d'établir une équation très simple. Par ailleurs, je ne suis pas certaine qu'il faille inscrire une telle mesure dans la loi. Il s'agit toutefois d'une vraie question et nous devons nous engager à avancer vers une meilleure répartition sur le territoire national. J'émet donc un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends tout à fait la volonté d'une répartition plus « équitable » des postes hospitalo-universitaires dans les différents CHU, mais il faut prendre garde à bien prendre en compte aussi trois facteurs.

Tout d'abord, la répartition des postes hospitalo-universitaires dépend du nombre d'étudiants à former. Ainsi, La Réunion ne compte pas de deuxième cycle des études médicales, mais seulement un troisième cycle, de telle sorte que les hospitalo-universitaires n'ont pratiquement pas d'enseignement à assurer.

Il faut également prendre en considération la capacité à faire de la recherche. C'est là, en effet, la définition même d'un poste hospitalo-universitaire, qui repose sur trois valences : l'enseignement, la recherche et la clinique. Si donc un poste hospitalo-universitaire ne fait que de la clinique, c'est-à-dire ni enseignement ni recherche, ce n'est plus un poste hospitalo-universitaire.

Le troisième facteur à prendre en compte, ce sont les disciplines pratiquées dans le CHU. De fait, certains CHU ne proposent pas certaines disciplines, ce qui explique que certains postes hospitalo-universitaires n'y soient pas disponibles. Attention, donc : cette répartition ne peut pas être, stricto sensu, homogène sur le territoire.

Nous souhaitons donc qu'il y ait une meilleure répartition et nous faisons en sorte que ce soit le cas – c'est par exemple ce que j'ai proposé pour la psychiatrie, où j'ai créé des postes hospitalo-universitaires en pédopsychiatrie dans toutes les régions où il n'y en avait pas, car il me semble important de former dans cette discipline.

Vous voyez donc que je suis pleinement mobilisée sur cette question de la répartition régionale des postes hospitalo-universitaires et de la formation. Attention toutefois à ne pas dénaturer le statut hospitalo-universitaire : un hospitalo-universitaire qui ne fait ni recherche et enseignement n'est plus hospitalo-universitaire. Je suis donc défavorable à cet amendement.

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

M. Olivier Véran. Je souscris à ce qui a été dit et je remercie Mme Bello d'avoir mis le doigt sur le sujet. Il est certain que l'amendement ne peut être voté en l'état, notamment pour des raisons d'écriture et de mise en place.

Une question ne s'en pose pas moins à propos des postes hospitalo-universitaires, même en tenant compte de l'activité de recherche et de formation. En effet, un rapport du Sénat a montré qu'on comptait, à Paris 5, six étudiants pour un PU-PH, contre quinze à Lille, soit un écart de 2,5 en termes d'encadrement des étudiants. Or, il me semble qu'à Lille, on fait de la recherche et de la formation, et que l'activité clinique y est tout à fait normale. Cette différence de ratio s'observe aussi entre l'AP-HP, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, et la moyenne nationale, mais s'il est vrai que les hôpitaux parisiens disposent de nombreux centres de recherche d'excellence justifiant un taux d'encadrement élevé, le fait qu'on y trouve 2,5 fois plus d'enseignants par étudiant que dans certains CHU de la métropole où toutes les activités de recherche et d'enseignements sont réunis est sans doute un ratio trop élevé.

Je ne peux pas voter cet amendement et je voterai contre sans hésitation, mais la question doit être creusée.

(L'amendement n° 1791 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, pour soutenir l'amendement n° 1948 rectifié.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Cet amendement a pour objet d'étendre aux professions paramédicales le décloisonnement professionnel entre privé et public que le projet de loi prévoit pour les médecins.

Certaines professions telles que la rééducation et la kinésithérapie sont en très forte tension dans les établissements publics. Cet amendement vise donc à leur permettre de proposer des postes de fonctionnaires à temps non complet

afin que des kinésithérapeutes exerçant en milieu libéral puissent également exercer à l'hôpital public, favorisant ainsi le recrutement au sein de ces établissements.

M. le président. Je crois que ce n'avez pas défendu le bon amendement.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. En effet, j'ai défendu le n° 1951. Je suis désolée, c'est M. Véran qui devait défendre l'amendement n° 1948 rectifié...

M. le président. Reprenons donc ! La parole est à M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Quand un PU-PH atteint l'âge de la retraite, il peut demander une prolongation de son activité pour un, deux ou trois ans ; c'est ce que l'on appelle le consultanat. L'autorisation est accordée par la commission médicale d'établissement, qui peut tenir compte de certains critères pour la délivrer.

Le présent amendement vise à exiger d'un professeur d'université à qui l'on a accordé une période de consultanat – il s'agit généralement de médecins capés, souvent de grands noms de la médecine – qu'il effectue une partie de son activité dans un hôpital non universitaire, qui peut être un hôpital de proximité ou un hôpital général. Cela permettrait d'apporter de l'excellence et de l'expérience dans certains établissements, au bénéfice de populations n'ayant pas la chance d'habiter à proximité immédiate d'un CHU. En outre, on peut espérer que le professeur d'université amènera avec lui des externes et des internes, qui auront ainsi l'occasion de découvrir d'autres hôpitaux que les centres hospitaliers universitaires. Cela rejoint ce dont nous avons longuement débattu hier soir.

Après l'avoir présenté en commission, j'ai promis de modifier l'amendement pour prendre en considération les cas où de telles consultations ne seraient pas possibles en pratique. Un généticien ou un biologiste, par exemple, ne pourrait pas exercer en l'absence de plateau technique adéquat. Dans ce cas, il lui serait demandé non pas de prodiguer des soins, mais de réaliser des actions de conseil et d'organisation afin de faire profiter les hôpitaux non universitaires – notamment les hôpitaux de proximité – de son expérience. C'est encore un signal envoyé aux personnes vivant dans des territoires éloignés des grands centres urbains : nous montrons que nous pensons à elles et que la médecine d'excellence est accessible à tous.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis tout à fait favorable à cette disposition qui, à mon sens, bénéficierait aux deux parties, aussi bien le consultant que les consultés.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

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

M. Joël Aviragnet. Voilà un amendement ô combien intéressant ! C'est merveilleux ! Vous nous avez expliqué pendant des heures que vous étiez contre la coercition et, tout à coup, vous voulez envoyer des médecins hospitaliers de Toulouse ayant l'âge de la retraite 100 kilomètres plus loin, à Saint-Gaudens ! Pourtant, si j'en crois les arguments que vous avez longuement développés hier et ce matin, madame la ministre, je dois en conclure ceci : ils n'iront pas !

Nous allons voter cet amendement, évidemment, car il est merveilleux ! Vous dites que vous êtes contre la coercition, mais vous la mettez en place : dans l'amendement il est écrit « peut » et non pas « doit ». Le conventionnement sélectif a donc de l'avenir ! Tout le monde bouge : il y a donc de l'espoir !

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

Mme Caroline Fiat, ministre. Pour une fois, je suis d'accord avec un amendement de M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales : c'est tellement rare ! Nous le voterons évidemment car c'est un amendement de bon sens.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je veux juste répondre à M. Aviragnet qu'il s'agit là de fonctionnaires, payés après leur retraite pour rester à l'hôpital.

M. Joël Aviragnet. Cela ne change rien !

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Cela change tout !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous parlons bien de fonctionnaires – ce n'était pas le cas tout à l'heure –, et nous sommes favorables à ce qu'ils continuent à exercer au-delà de l'âge de la retraite pour travailler un peu pour les territoires : c'est exactement la philosophie que nous évoquions tout à l'heure. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM.*)

(*L'amendement n° 1948 rectifié est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements identiques, nos 31, 60, 416, 492, 601, 740, 791, 1195 et 1550.

La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 31.

Mme Geneviève Levy. Un assistant spécialiste est un médecin à part entière qui continue sa formation en compagnonnage. Impliqués dans l'accès aux soins mais aussi dans la formation des jeunes médecins, les établissements de santé privés peuvent légitimement accueillir des assistants spécialistes. Cet accueil est déjà testé dans certains établissements de santé privés par le biais de dérogations. Ouvrir ce dispositif aux établissements de santé publics comme privés permettra de le proposer à un plus grand nombre de médecins et d'offrir à ceux-ci des environnements d'exercice diversifiés.

M. le président. La parole est à M. Bernard Perrut, pour soutenir l'amendement n° 60.

M. Bernard Perrut. L'objet de cet amendement est très clair : il s'agit d'autoriser l'accueil des assistants spécialistes au sein des établissements de santé, qu'ils soient public ou privés. Cela permettra de proposer ce statut à un plus grand nombre de médecins et de leur offrir des environnements d'exercice très diversifiés.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Valentin, pour soutenir l'amendement n° 416.

Mme Isabelle Valentin. Cet amendement déposé par Mme Anthoine vise à permettre l'accueil des assistants spécialistes au sein d'établissements de santé publics comme privés. Il est important pour les assistants spécialistes d'évoluer dans des environnements diversifiés. La diversité des expériences permet d'acquérir des compétences supplémentaires et de

compléter sa formation. Soyons fédérateurs ; sachons favoriser la complémentarité en permettant aux établissements privés d'accueillir des assistants spécialistes.

M. le président. L'amendement n° 492 est défendu.

La parole est à M. Christophe Naegelen, pour soutenir l'amendement n° 601.

M. Christophe Naegelen. Il s'agit de généraliser la possibilité pour un assistant spécialiste de travailler dans des établissements de santé privés au-delà du statut dérogatoire.

M. le président. La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n° 740.

M. Yannick Favennec Becot. Je resterai dans la même ligne que mes collègues en rappelant que les établissements de santé privés jouent un rôle fondamental dans la vie de nos territoires. Dès lors, ils peuvent parfaitement accueillir des assistants spécialistes, comme des médecins, des odontologues et des pharmaciens. Je tiens à rappeler que cet accueil est déjà testé dans certains établissements de santé privés grâce à des dérogations. La frontière entre le public et le privé ne peut perdurer si son existence est au détriment d'une prise en charge de qualité des patients.

M. le président. La parole est à Mme Josiane Corneloup, pour soutenir l'amendement n° 791.

Mme Josiane Corneloup. On l'a dit, un assistant spécialiste est un médecin à part entière qui continue sa formation en compagnonnage. Les établissements de santé privés, déjà impliqués dans l'accès aux soins et dans la formation des jeunes médecins, peuvent légitimement accueillir des assistants spécialistes. Cet accueil, déjà testé dans certains établissements de santé privés par le biais de dérogations, permettra d'ouvrir ce dispositif à un plus grand nombre de médecins en leur proposant des environnements d'exercice diversifiés.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 1195.

M. Jean-Pierre Door. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n° 1550.

M. Joël Aviragnet. Il est identique aux précédents. J'en profite pour répondre à Mme la ministre sur l'amendement précédent : fonctionnaires ou pas, les professeurs sont à la retraite. Ce sont eux qui demandent à poursuivre leur activité ! Et ce n'est de toute façon pas une raison : pourquoi le faire pour les fonctionnaires mais pas pour les libéraux ? Je n'entends pas votre argument.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable car les statuts visés dans ces amendements correspondent aux praticiens contractuels et non aux assistants spécialistes.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les assistants spécialistes ont un statut public. Vous demandez que des praticiens à statut public aillent travailler dans des établissements privés : c'est ce que rendra possible l'ordonnance visant à réformer le statut de praticien hospitalier, qui permettra à ce dernier d'aller exercer dans le privé. Il n'y a aucune raison que des assistants spécialistes publics aillent dans le privé, sauf pour les spécialités très peu représentées dans le secteur public, ce qui ne

permet pas aux assistants spécialistes de s'y former – je pense notamment à la chirurgie de la main ou la chirurgie réparatrice et esthétique. Or dans ce cas, des dérogations sont déjà prévues. En revanche, les établissements publics ont de nombreux moyens de recruter à la fin de leurs études des professionnels qui veulent s'engager dans le secteur privé. Nous sommes donc défavorables à ces amendements.

(Les amendements identiques n^{os} 31, 60, 416, 492, 601, 740, 791, 1195 et 1550 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Sur les amendements identiques n^{os} 885, 1339 et 1561, 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.

Je suis saisi de plusieurs amendements, n^{os} 885, 1339, 1561 et 349, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 885, 1339 et 1561 sont identiques.

La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour soutenir l'amendement n^o 885.

M. Yannick Favennec Becot. Les départs de praticiens hospitaliers peuvent parfois donner lieu à une installation dans le secteur privé ou libéral à proximité de l'établissement public, qui subit de ce fait une chute d'activité. Les mesures visant à limiter la concurrence ne s'appliquent aujourd'hui qu'aux médecins exerçant une activité libérale avant leur départ et dont la situation est évaluée par une commission ad hoc, ce qui représente moins de 10 % des effectifs médicaux des établissements.

Votre projet de loi vise à renforcer les exercices partagés ville hôpital. C'est une bonne chose mais cela invite aussi à la prudence, une concurrence intersectorielle pouvant émerger. Pour cette raison, le présent amendement vise à étendre le dispositif de non-concurrence et à introduire une notion de non-concurrence interétablissements pour les praticiens hospitaliers.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n^o 1339.

M. Jean-Louis Touraine. Il s'agit d'éviter que le passage d'un praticien hospitalier vers le secteur privé entraîne un détournement de l'activité hospitalière. L'objet du présent amendement est donc de faire en sorte que les mesures destinées à limiter la concurrence, qui pour l'instant ne concernent que 10 % des effectifs médicaux, soit généralisées à tous les praticiens hospitaliers.

M. le président. La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n^o 1561.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement identique a pour objet de limiter la concurrence directe entre établissements publics et cabinets privés. Cela permettra également d'éviter la pratique déjà dénoncée de détournement de patients.

M. le président. La parole est à M. Alain Bruneel, pour soutenir l'amendement n^o 349.

M. Alain Bruneel. Le code de la santé publique prévoit actuellement qu'il peut être interdit aux praticiens hospitaliers démissionnaires d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'examen de biologie

médicale ou une officine de pharmacie où ils pourraient entrer en concurrence directe avec leur ancien employeur. Afin de limiter la concurrence entre le secteur public et le secteur libéral, nous proposons, à travers cet amendement, d'étendre le champ de cette clause de non-concurrence.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable. Nous évoquons depuis plusieurs jours le manque de médecins dans nos territoires. J'entends, en théorie, la raison de vos amendements mais, en pratique, il y a trop de malades et pas assez de médecins : nous pouvons donc être rassurés. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends parfaitement la volonté d'éviter que le secteur privé ne concurrence le secteur public qui sous-tend cet amendement. Aujourd'hui nous essayons de décloisonner ces secteurs qui sont tous deux nécessaires eu égard à la quantité de travail à accomplir sur tout le territoire. L'ordonnance tendra donc à faciliter un exercice mixte, à la fois libéral et hospitalier, afin de rendre l'hôpital public plus attractif, particulièrement pour certains métiers en tension.

Je comprends le principe de la clause de non-concurrence, mais telle qu'elle est définie par la loi, elle revient à interdire à un professionnel hospitalier d'exercer dans un certain périmètre. Dès lors, les distances à parcourir pour assurer un exercice mixte risqueraient d'être trop grandes dans certaines régions. Dans les faits, la disposition que vous proposez affecterait la liberté d'installation et tendrait à réduire la possibilité de favoriser l'exercice mixte.

Je crains que mes propos ne soient pas suffisamment clairs, peut-être en raison de la fatigue ! Quoi qu'il en soit, nous souhaitons encadrer cet exercice mixte dans le cadre de la future ordonnance, notamment pour en limiter les effets pervers mais sans recourir à une clause de non-concurrence qui réduirait considérablement la possibilité d'un exercice mixte, hospitalier et libéral.

C'est pourquoi nous sommes défavorable à cet amendement même si nous sommes sensibles à votre inquiétude face à un problème qui sera évidemment traité dans le cadre de l'ordonnance.

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

M. Julien Aubert. Une telle règle ne poserait-elle pas aussi aux établissements hospitaliers un problème de recrutement en amont de praticiens qui sauront qu'ils ne pourront pas s'installer à proximité d'un établissement où ils auront exercé ? Je crains que cela n'ait les mêmes effets que le durcissement des règles déontologiques pesant sur les fonctionnaires de l'État : bien que motivé par les meilleures intentions, celui-ci se traduit par des difficultés de recrutement, en bloquant toute mobilité entre public et privé parce que les gens ont peur d'être embêtés. On en arrive au résultat inverse de ce qu'on escomptait et à une réduction de la coopération entre les deux secteurs.

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

M. Joël Aviragnet. Votre volonté de développer l'exercice mixte est tout à fait légitime eu égard aux circonstances. Cela étant, on en connaît les effets pervers : on connaît tous des patients qui se retrouvent dans le secteur privé où ils doivent supporter des dépassements d'honoraires. Il y a là un véritable sujet de préoccupation, notamment financier.

Je vous fais confiance sur ce point : allez-y ! Il ne faut pas autoriser ces dérives, surtout à un moment où on manque de médecins. Le risque est réel.

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

M. Alain Bruneel. Vous avez raison, madame la ministre, de dire qu'il va falloir encadrer l'exercice partagé entre médecine de ville et hôpital mais puisque cela doit être décidé par ordonnance, vous nous permettrez quand même de manifester notre inquiétude face aux risques de concurrence entre public et privé.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 885, 1339 et 1561.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	72
Nombre de suffrages exprimés	67
Majorité absolue	34
Pour l'adoption	14
contre	53

(Les amendements identiques n^{os} 885, 1339 et 1561 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n^o 349 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n^{os} 828, 829 et 871, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert, pour soutenir l'amendement n^o 828.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Audrey Dufeu Schubert, pour soutenir l'amendement n^o 829.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Michel Castellani, pour soutenir l'amendement n^o 871.

M. Michel Castellani. Il s'agit toujours de permettre l'exercice mixte. On sait qu'il est aujourd'hui nécessaire pour mieux organiser l'offre de soins, cela a été dit, mais également pour répondre aux attentes des professionnels, pas seulement des plus jeunes d'ailleurs. Les mesures existantes vont dans le bon sens mais sont pour nous insuffisantes. Le projet de loi lui-même tend à permettre un décloisonnement des parcours professionnels mais le recours à l'ordonnance nous empêche de savoir quelle forme cela pourra prendre.

Nous devons repenser le statut des praticiens hospitaliers, pour favoriser non seulement l'exercice mixte mais également les passerelles tout au long de la carrière. L'attractivité de l'exercice mixte est éprouvée – nous avons l'exemple de Belle Île, où le nombre de médecins a été multiplié par trois depuis que l'exercice mixte y est autorisé. C'est la voie que nous devons impérativement suivre et c'est pour cela que nous proposons cet amendement.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. C'est un avis défavorable. Nous ne cherchons pas à modifier l'exercice libéral à l'intérieur de l'hôpital mais à l'extérieur.

(Les amendements n^{os} 828, 829 et 871, repoussés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Sur les amendements identiques n^{os} 1894 et 1951, je suis saisi par le groupe La République en marche d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n^o 1894.

M. Cyrille Isaac-Sibille. En votant l'article 6, nous avons adopté le principe de l'exercice mixte pour les médecins. J'avais proposé en commission un amendement ouvrant la même faculté aux professions paramédicales, notamment aux masseurs-kinésithérapeutes, qui font cruellement défaut à l'hôpital, ce qui est dommageable tant pour les malades que pour les établissements puisque cela se traduit par l'allongement de la durée des séjours. C'est également dommageable pour les kinésithérapeutes, insuffisamment rémunérés.

Je remercie Mme la ministre de nous avoir donné la possibilité de retravailler cet amendement et d'étendre l'exercice mixte à ces professions en autorisant le recrutement de fonctionnaires à temps non complet.

M. le président. La parole est à Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, pour soutenir l'amendement n^o 1951.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Je l'ai défendu tout à l'heure.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Très favorable à cet amendement qui va améliorer l'attractivité des emplois de rééducateurs dans les établissements.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 1894 et 1951.

(Il est procédé au scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	60
Nombre de suffrages exprimés	60
Majorité absolue	31
Pour l'adoption	59
contre	1

(Les amendements identiques n^{os} 1894 et 1951 sont adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 851.

M. Gilles Lurton. De plus en plus d'hôpitaux ont recours à des praticiens retraités pour pallier le manque de nouveaux médecins au sein de leurs établissements. La loi du 26 janvier 2016 prévoit une dérogation en portant de 68 à 72 ans la

limite d'âge, pour augmenter le nombre de remplaçants potentiels. Cependant, sur le seul critère de l'âge, les hôpitaux se privent de praticiens expérimentés qui donnent entière satisfaction, notamment dans les spécialités.

Aussi, afin de pallier cette carence persistante, source de dysfonctionnements constants, il vous est proposé de supprimer cette limite d'âge.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'avis de la commission est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vous rappelle qu'il est déjà possible de déroger en tant que de besoin à l'âge limite, qui est de 67 ans dans les établissements publics. Aujourd'hui, les professionnels peuvent prolonger leur activité en établissement jusqu'à l'âge de 72 ans. Il ne me paraît pas raisonnable d'aller au-delà. Une étude américaine parue très récemment démontre qu'il est très difficile d'évaluer au-delà d'un certain âge la capacité des chirurgiens à opérer, même pour les chirurgiens eux-mêmes.

Pour éviter toutes les problématiques liées à l'âge, notamment dans certaines spécialités à risque nécessitant une attention particulière, je propose que nous maintenions la limite d'âge à 72 ans. L'avis est donc défavorable.

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

M. Julien Aubert. Sachant que les effets de la disparition du numerus clausus mettront du temps à se faire sentir, une solution intelligente consisterait à s'appuyer sur des professionnels expérimentés pour assurer la transition entre la situation actuelle et la situation future.

La question de l'âge fait débat. J'entends parfaitement vos réserves s'agissant de la chirurgie : à partir d'un certain âge, on prend sans doute des risques, mais ces praticiens expérimentés ne sont pas tous chirurgiens. Il y a aussi la question de l'effet de seuil : pourquoi ne serait-on plus capable d'exercer certaines fonctions dans le domaine médical au-delà de 72 ans ? On débat actuellement de l'impact de l'allongement de l'espérance de vie sur l'âge de la retraite et on sait très bien qu'avoir 72 ans en 2019, ce n'est pas la même chose qu'avoir 72 ans en 1959.

J'ai toujours trouvé bizarre de se focaliser ainsi sur l'âge : on pourrait être nommé au Conseil constitutionnel, qui a le pouvoir de modifier la loi, à 73 ans et on serait incapable au même âge d'apporter une plus-value dans le domaine médical ? Plutôt qu'une approche par l'âge, on ferait mieux de confier à l'autoévaluation et l'évaluation par les pairs le soin de déterminer qui est encore en état d'exercer. Cela permettrait de répondre au défi auquel nous sommes confrontés en matière de démographie médicale.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Je partage complètement le point de vue que notre collègue Julien Aubert vient d'exprimer. J'ai d'ailleurs à côté de moi, avec M. Door, l'exemple éclatant d'un médecin tout à fait à même de conseiller ses collègues quand ils en ont besoin.

On pourrait sous-amender cet amendement afin de maintenir la limite d'âge à 72 ans s'agissant des actes chirurgicaux. Je pense en revanche qu'il ne pose pas de problème pour les autres disciplines médicales.

(L'amendement n° 851 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Cubertafof, pour soutenir l'amendement n° 1784.

M. Jean-Pierre Cubertafof. Madame la ministre, je connais des députés qui sont en pleine forme à 72 ans et qui effectuent leur travail avec beaucoup de sérieux !

Je pense comme mes collègues Lurton et Aubert que ces praticiens expérimentés sont un soutien précieux pour de nombreux établissements. Ils peuvent assurer un certain nombre de consultations ; leur haut niveau de compétences et d'expertise scientifique fait d'eux des personnes-ressources et ils sont mobilisables rapidement pour faire face à la pénurie de médecins. Cette mesure avait d'ailleurs été adoptée dans le cadre de l'examen du PLFSS pour 2017 avant d'être supprimée par le Conseil constitutionnel.

Nous avons là la possibilité de remédier à la pénurie de médecins, pour un coût financier très faible et une haute qualité de service.

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

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

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

M. Julien Aubert. J'espérais avoir une réponse de Mme la ministre quant à l'intérêt de déroger à limite d'âge dans d'autres spécialités que celle de la chirurgie. Je ne peux que juger comique l'idée que ce soit le Conseil constitutionnel, où la limite d'âge n'existe pas, qui ait jugé nécessaire d'en définir une dans le domaine de la santé. Comme quoi, nous ne sommes pas à l'abri des paradoxes !

(L'amendement n° 1784 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n° 240.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je le retire.

(L'amendement n° 240 est retiré.)

Article 7A

M. le président. M. Raphaël Schellenberger est inscrit sur cet article.

M. Raphaël Schellenberger. Cet article a appelé mon attention car s'il est exclu de s'opposer à ce que l'ensemble des collectivités publiques, au niveau national ou local, doive contribuer à la promotion des politiques de santé, il ne faudrait pas réduire le rôle des collectivités territoriales à celui d'une agence de publicité. Or, c'est un peu le sentiment que me donne la lecture de cet article et de vos intentions avec ce projet de loi.

Je vous donne un exemple, tout simple, celui de l'hôpital de Thann, dans ma circonscription, qui est au cœur de certaines mutations. Une discussion a été engagée entre ce dernier, l'ARS et les collectivités territoriales. On sent bien que, derrière la louable intention de coconstruire une politique de santé, un schéma, etc., les collectivités locales, les élus locaux devraient jouer un rôle de promoteurs, de publicitaires, afin de faire avaler à leurs concitoyens une décision qui ne dépend pas d'eux.

Si c'est ainsi que vous concevez la nouvelle compétence de promotion de la santé que vous voulez donner aux collectivités territoriales, vous vous trompez. Ces dernières doivent évidemment être associées aux politiques de santé mais il faut leur donner les moyens d'influer sur l'organisation de l'offre de soins et des hôpitaux dans les territoires ainsi que, tout simplement, répondre à leurs demandes.

Je profite de cette prise de parole pour vous rappeler, madame la ministre, que je vous ai écrit à propos de l'hôpital de Thann le 13 novembre, qu'il y a eu plusieurs relances et que nous n'avons obtenu aucune réponse, ni de vous, ni de vos services, ni même de votre conseiller parlementaire. Si c'est ainsi que vous voulez associer les collectivités locales à la promotion des politiques de santé, je suis plutôt inquiet.

Les collectivités locales ne sont pas des agences de publicité !

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 1520 et 1628, visant à supprimer l'article.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 1520.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Alain Bruneel, pour soutenir l'amendement n^o 1628.

M. Alain Bruneel. Cet article, fruit d'un amendement adopté en commission, confie aux collectivités territoriales une nouvelle compétence en matière de promotion de la santé. Ces dernières jouant en effet un rôle important en la matière, une telle précision nous paraît superfétatoire.

En outre, dans un contexte budgétaire restreint, une telle disposition pourrait permettre à l'État de se décharger d'une compétence sans donner aux collectivités les moyens de l'assurer. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cette disposition.

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

M. Thomas Mesnier, rapporteur de la commission des affaires sociales. Cet article vise simplement à reconnaître dans la loi une compétence déjà exercée par les collectivités locales. C'est là le fruit de notre travail en commission à partir d'un amendement de notre collègue Olivier Véran.

Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Promouvoir la santé, cela ne signifie évidemment pas faire de la publicité mais promouvoir les bons comportements auprès de nos concitoyens !

Cet article a été ajouté à la demande de la commission des affaires sociales, qui a souhaité que des actions déjà menées par les collectivités territoriales en termes de promotion de la santé publique soient valorisées. Cette mesure de bon sens n'est en aucun cas une obligation mais constitue une façon de rappeler les actions qu'elles conduisent déjà. Elle n'a bien entendu rien à voir avec la publicité qui, en la matière, n'est pas autorisée dans notre pays.

M. Raphaël Schellenberger. L'article est donc inutile !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 1520 et 1628 ne sont pas adoptés.)

(L'article 7A est adopté.)

Article 7B

M. le président. La parole est à Mme Justine Benin, pour soutenir l'amendement n^o 1852.

Mme Justine Benin. Mon amendement propose de compléter la définition du rôle des collectivités territoriales dans l'application d'une politique sanitaire locale en y intégrant une mission sur la prévention telle que définie dans le code de la santé publique.

Les élus locaux sont légitimes pour faire de la prévention et cet échelon-là est pertinent : ces derniers connaissent les populations, leurs territoires, les problèmes de santé publique auxquels leurs concitoyens peuvent être confrontés. Des maires ou des présidents de conseils départementaux n'ont d'ailleurs pas attendu la loi pour lancer des projets de prévention dans les écoles, les entreprises ou les services publics.

Il me semble donc pertinent et cohérent de reconnaître cette compétence dans la loi. Vous l'avez dit, madame la ministre, la prévention doit être partout, à tous les âges et dans tous les milieux.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. À mon sens, la promotion de la santé intègre déjà la dimension de la prévention. Cela figure d'ailleurs dans la définition proposée par l'OMS. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

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

Mme Justine Benin. Je le retire.

(L'amendement n^o 1852 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 1904 et 1919, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur, pour les soutenir.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Amendements rédactionnels.

(Les amendements n^{os} 1904 et 1919, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

(L'article 7B, amendé, est adopté.)

Après l'article 7B

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Touraine, pour soutenir l'amendement n° 1344 portant article additionnel après l'article 7B.

M. Jean-Louis Touraine. Le souhait légitime des élus locaux d'être plus encore associés aux politiques publiques de santé et de prévention a déjà été affirmé à plusieurs reprises. Cet amendement propose que les représentants des collectivités locales puissent siéger au sein de la Conférence nationale de santé, organisme consultatif rattaché au ministère chargé de la santé et dont la mission est d'organiser la réflexion et la concertation dans ce domaine.

Cela semblerait d'autant plus normal qu'un amendement adopté en commission des affaires sociales reconnaît la promotion de la santé comme une compétence à part entière des collectivités locales.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Les collectivités territoriales sont déjà représentées au sein des conférences régionales de la santé et de l'autonomie qui elles-mêmes sont représentées au sein de la Conférence nationale de la santé. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis. Cet amendement est en effet satisfait.

(L'amendement n° 1344 n'est pas adopté.)

Article 7C

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n° 126, 602 et 1196.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 126.

M. Gilles Lurton. Cet amendement de notre collègue Vincent Descoeur insiste sur le rôle et l'importance des équipes de soins spécialisés autour des médecins spécialistes.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, pour soutenir l'amendement n° 602.

M. Paul Christophe. Cet amendement souligne en effet combien il importe de disposer d'équipes de soins spécialisés pour prendre en charge collectivement et individuellement des patients dans un territoire.

Il s'agit d'améliorer l'accès aux soins en médecine spécialisée et de faciliter le lien entre la ville et l'hôpital dans les parcours coordonnés, de même que la contractualisation entre les différents acteurs.

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 1196.

Mme Geneviève Levy. Il est défendu.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Ces amendements sont satisfaits par l'adoption de l'amendement que j'ai proposé en commission visant à permettre la constitution d'équipes de soins spécialisés, à assurer la coordination entre les équipes de soins primaires et ces équipes-là et, enfin, à mettre en place un projet de santé avec un objectif de structuration des parcours de santé.

Je vous invite à bien vouloir les retirer. À défaut, avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je rappelle en effet qu'un amendement a été adopté en commission reconnaissant les équipes de soins spécialisés. Vos amendements étant déjà satisfaits, je vous propose de les retirer.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Je le retire.

(L'amendement n° 126 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Je le retire également.

(L'amendement n° 602 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy.

Mme Geneviève Levy. Amendement également retiré.

(L'amendement n° 1196 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 1921 et 1922, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur, pour les soutenir.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Amendements rédactionnels.

(Les amendements n° 1921 et 1922, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Justine Benin, pour soutenir l'amendement n° 1854.

Mme Justine Benin. Mon amendement vise à préciser le cadre de la coordination des équipes de soins spécialisées en précisant qu'elles doivent exercer de manière complémentaire avec les acteurs médico-sociaux de leur territoire, comme l'article le prévoit déjà avec les acteurs de soins primaires.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Cet amendement est déjà satisfait par la rédaction de l'article 7C. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Est-il maintenu, madame Benin ?

Mme Justine Benin. Non.

(L'amendement n° 1854 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 1923 et 1924, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur, pour les soutenir.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Amendements rédactionnels.

(Les amendements n^{os} 1923 et 1924, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Pascal Brindeau, pour soutenir l'amendement n^o 1317.

M. Pascal Brindeau. Il est défendu.

(L'amendement n^o 1317, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 7C, amendé, est adopté.)

Article 7D

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier, rapporteur, pour soutenir l'amendement n^o 1905.

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Amendement rédactionnel.

(L'amendement n^o 1905, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 7D, amendé, est adopté.)

Après l'article 7D

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour soutenir l'amendement n^o 1087 rectifié portant article additionnel après l'article 7D.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est défendu.

(L'amendement n^o 1087 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 1489 rectifié et 254 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Joël Aviragnet, pour soutenir l'amendement n^o 1489 rectifié.

M. Joël Aviragnet. Je rappelle que la loi de modernisation de notre système de santé, en 2016, a remis aux ordres la responsabilité d'organiser les commissions visant à évaluer les refus de soins et à agir contre eux...

Mes chers collègues, je ne sais pas ce qui se passe avec les tablettes électroniques qui servent de support aux amendements, mais s'il y a autant de problèmes dans le domaine de la santé, on n'est pas près d'être soignés, je vous le dis ! *(Sourires.)* Punaise...

Bref, les associations proches des populations en difficulté font remarquer que les refus de soins sont encore bien réels. Il s'agit donc de refondre le système et d'agir contre cet état de fait, qui constitue un problème important dans notre société.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n^o 254 rectifié.

M. Gilles Lurton. Cet amendement fait suite à un avis du Défenseur des droits sur les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé et de l'aide médicale d'État. Il vise à lutter contre les refus de soins dont pâtissent des personnes qui sont déjà en situation de précarité.

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

M. Thomas Mesnier, rapporteur. Comme je l'avais indiqué en commission, je partage bien évidemment l'objectif de ces amendements. La lutte contre les discriminations en matière d'accès aux soins est un enjeu fondamental et une priorité. Chacun doit avoir un égal accès aux soins et ne peut être exclu du système de santé, c'est au cœur de notre promesse républicaine.

Néanmoins, je ne suis pas convaincu que la démarche proposée aille dans le bon sens. Introduire une liste limitative de pratiques discriminatoires pour définir le refus de soins nous ferait courir le risque de ne pas prendre en considération de nouvelles pratiques discriminatoires.

De plus, les amendements tendent à inverser la charge de la preuve en imposant aux professionnels concernés de prouver que le refus de soins en cause n'était pas discriminatoire. Je ne peux cautionner cette logique de suspicion généralisée à l'égard des professionnels de santé.

Il paraît plus opportun de poursuivre le travail organisé avec les ordres, qui œuvrent déjà contre les pratiques de refus de soins et sont les mieux placés pour y répondre. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ces deux amendements ont l'intérêt majeur de mettre en lumière une situation absolument intolérable pour nos concitoyens : les refus de soins.

J'ai plusieurs fois mobilisé les ordres sur ces questions, et j'ai récemment compris qu'un décret d'application de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires n'a jamais été publié. Il prévoit de créer des commissions de conciliation au niveau des CPAM afin de transférer les dossiers aux ordres professionnels.

Je prends l'engagement devant vous de publier dans les plus brefs délais ce décret qui constitue le chaînon manquant pour lutter efficacement contre les refus de soins. N'inscrivons pas dans la loi des notions très difficiles à caractériser comme le délai d'attente, qui peut dépendre en pratique d'autres facteurs que la seule volonté de refus de soins. Il vaut mieux laisser à la déontologie la charge de caractériser les refus de soins.

Les ordres m'ont signalé qu'ils ne disposaient pas de l'outil nécessaire pour traiter les problèmes. La source du blocage – totalement lié à des situations antérieures – ayant été identifiée, je m'engage à publier dans les plus brefs délais ce décret qui va permettre d'améliorer la situation et de mieux identifier les refus de soin caractérisés.

Avis défavorable à ces amendements qui graveraient dans le marbre des critères dont la pertinence est très difficile à apprécier.

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

M. Joël Aviragnet. Il ne s'agit pas de jeter la suspicion sur le corps médical. Dans la plupart des cas, ces situations touchent des personnes en grande difficulté qui ont du mal à se défendre. Il faut trouver un système pour qu'elles puissent être entendues.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Madame la ministre, vous m'avez fait la même réponse en commission et j'avais accepté de retirer mon amendement. Je ferai donc de même ici, mais il me paraissait important que l'engagement du Gouvernement soit réitéré en séance publique, afin qu'il figure au Journal officiel. Cela démontre bien que les débats dans l'hémicycle ont une utilité.

(L'amendement n° 254 rectifié est retiré.)

(L'amendement n° 1489 rectifié 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, cet après-midi, à quinze heures :

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

La séance est levée.

(La séance est levée à treize heures cinq.)

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

SERGE EZDRA