

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

X V I <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

- Examen de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (n° 1175) (M. Frédéric Valletoux, rapporteur)..... 2
- Présences en réunion..... 42

Lundi  
5 juin 2023  
Séance de 16 heures

Compte rendu n° 89

SESSION DE 2022-2023

**Présidence de  
Mme Michèle Peyron,  
vice-présidente**



*La séance est ouverte à seize heures.*

*La commission examine la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (n° 1175) (M. Frédéric Valletoux, rapporteur).*

**Mme Michèle Peyron, présidente.** Je commencerai par présenter les excuses de Mme Fadila Khattabi, qui avait, en fin de matinée, un échange avec les organisations syndicales de son département et qui nous rejoindra ce soir.

Nous débutons, cet après-midi, l'examen de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, qui est inscrite à l'ordre du jour de notre Assemblée à partir de lundi prochain. Alors que 762 amendements ont été déposés sur ce texte, 31 d'entre eux ont été retirés par leurs auteurs, 10 ont été déposés en double et 2 présentaient divers motifs d'irrecevabilité. La présidente a par ailleurs suivi l'avis du président de la commission des finances, qui considère que 164 amendements contreviennent aux dispositions de l'article 40 de la Constitution et 1 à celles de la loi organique relative aux lois de finances.

Enfin, la présidente s'est efforcée d'assurer le respect des dispositions de l'article 45 de la Constitution, en favorisant le plus possible l'initiative parlementaire. La proposition de loi porte prioritairement sur les problématiques d'accès aux soins, d'organisation territoriale des soins et d'engagement des acteurs de santé sur le territoire. La présidente a donc considéré que devaient être examinés les amendements dont le dispositif ou l'intention porte sur ces thématiques. Dès lors, 44 amendements ont été déclarés irrecevables au titre de l'article 45, comme des amendements tendant à supprimer la récupération d'indus par la sécurité sociale, à créer, à tous les stades de la scolarité, une formation à la santé visant à l'acquisition de compétences d'autosoins, à faire de l'espérance de vie en bonne santé un objectif de la politique de santé nationale, à faire de la progression de deux années de l'espérance de vie un objectif de santé publique, à donner à l'ordre des médecins un rôle prépondérant dans la procédure d'agrément des centres de santé et à demander des rapports sur l'opportunité d'ouvrir de nouvelles négociations conventionnelles pour les infirmiers libéraux, sur l'état des lieux du suivi médical des résidents en Ehpad ou sur l'évolution des rémunérations des internes en médecine.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Trouver des solutions concrètes à la crise actuelle de notre système de santé, tel est l'objectif de la proposition de loi que nous nous apprêtons à examiner. En ville comme à l'hôpital, il nous revient de définir une meilleure organisation territoriale des soins, en incitant à une plus forte coordination des acteurs de terrain.

À l'heure où la santé est la préoccupation principale des Français, comme le montrent régulièrement toutes les enquêtes d'opinion, nous nous devons d'agir rapidement et en recherchant l'efficacité. Il est de notre responsabilité de résoudre cette question lancinante, difficile, de l'accès aux soins de nos concitoyens : ils font malheureusement les frais de l'accumulation de plus de vingt ans de décisions politiques et administratives malheureuses, d'un manque réel d'anticipation, parfois de la force des habitudes ou du conservatisme exacerbé de nombreux acteurs.

Depuis des années, j'ai constaté, comme d'autres, que le système de santé se caractérise par son hypercentralisation – parfois sa suradministration – et par son extrême

cloisonnement entre les professionnels, contraints par des statuts juridiques et des modes de financement rendant souvent difficiles les coopérations. Le temps est venu de faire confiance aux acteurs de terrain, à tous ceux qui, directement – les professionnels de santé – ou indirectement – les administrations de l'État et de la sécurité sociale, les collectivités locales, les associations de patients –, concourent à la prise en charge des Français en matière de santé et sont partie prenante de la question de l'organisation des soins.

La crise épidémique que notre pays a traversée a non seulement montré le besoin d'objectifs nationaux clairement posés par l'État, mais a aussi rappelé la force des initiatives et des coopérations pensées dans les territoires. Je suis convaincu que l'avenir de notre système de santé passe par notre capacité à accompagner des modes d'organisation dans la prise en charge de nos concitoyens, réfléchi au plus près du terrain, adaptée aux spécificités du territoire et aux besoins de la population.

Heureusement, nous ne partons pas de zéro. Le virage de la territorialisation des politiques de santé a été pris depuis quelques années, notamment sous le précédent quinquennat. Il y a d'abord eu la stratégie Ma santé 2022, lancée en 2018, qui en a posé les jalons. Elle a, entre autres, instauré la reconnaissance du principe de responsabilité populationnel des acteurs de santé : ils sont collectivement en charge de la population qu'ils servent et il faut privilégier les moyens dont ils souhaitent se doter pour y faire face. Il y a eu aussi le texte récent, présenté par ma collègue Stéphanie Rist, portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, qui constitue une pierre utile dans la perspective d'un décroisement de notre système de santé.

Dans une continuité d'approche avec cette volonté de pousser plus loin la territorialisation de notre système de santé, la proposition de loi que nous allons discuter a aussi pour vocation d'inscrire dans le droit positif les annonces récemment formulées par le Président de la République, notamment lors de ses vœux aux soignants, début janvier : meilleur partage des efforts entre tous les soignants – par exemple en matière de permanence des soins –, décroisement entre tous les modes d'exercice, ou encore volonté de faire confiance aux soignants pour faire émerger des stratégies en santé adaptées aux besoins de chaque territoire.

Cette proposition de loi vise aussi à concrétiser la déclinaison dans les territoires de l'approche mise en avant par le Conseil national de la refondation (CNR) Santé, sur la consolidation de la permanence des soins ou sur l'émergence de stratégies territoriales, *via* les conseils territoriaux de santé (CTS) ou le coup d'accélérateur donné aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Vous l'aurez compris, la souplesse, le dialogue, la coopération et la mobilisation de toutes les énergies dans les territoires s'érigent comme le fil conducteur de ce texte. Avec douze dispositifs territoriaux en matière de santé, qui s'interposent entre le cabinet du médecin et l'agence régionale de santé (ARS), notre système a besoin de retrouver de la simplicité et de la lisibilité, pour une meilleure efficacité.

Tel est l'objet des deux premiers articles du texte, qui tendent à faire du territoire de santé le périmètre de référence de la déclinaison localement des politiques de santé. Les territoires de santé seront les lieux de la pérennisation des CNR territoriaux.

L'article 1<sup>er</sup> prévoit ainsi que le CTS prend corps, en ayant la responsabilité de la définition des objectifs prioritaires du territoire de santé, tels que les besoins de couverture territoriale en permanence des soins ou la juste répartition des forces médicales. Rappelons que

le CTS, qui réunira l'ensemble des parties prenantes, n'est pas une création, puisque son cadre légal a été posé par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. S'il s'agit actuellement d'une coquille souvent vide, il sera demain le lieu où s'élaboreront collectivement les stratégies locales en matière de santé. Le dispositif proposé affirme en effet le caractère collectif de la responsabilité des professionnels de santé.

De plus, le texte prévoit de responsabiliser les acteurs de terrain sur la nécessaire réduction des inégalités de densité démographique. C'est primordial, à l'heure où plus de 1 600 000 de nos concitoyens renoncent chaque année à des soins médicaux et où plus de 11 % d'entre eux n'ont pas de médecin traitant.

Associer l'ensemble des parties prenantes d'un territoire dans l'élaboration du projet territorial de santé est également fondamental. Tous les acteurs – élus, préfets, directeurs généraux d'ARS et leurs services, représentants des établissements sanitaires et médico-sociaux, libéraux au sein des CPTS – doivent orienter et coordonner la politique locale de santé sur le territoire. C'est le sens de la disposition qui élargit la composition du conseil territorial de santé.

Nous voulons aussi renforcer les dynamiques de collaboration et d'organisation territoriale, en nous appuyant sur ce qui a pu être fait pendant la crise du covid-19. C'est pourquoi l'article 3 vise à rattacher automatiquement les professionnels de santé et les centres de santé à une CPTS du territoire auquel ils appartiennent. Il existe aujourd'hui environ 800 CPTS, avec des niveaux de développement très hétérogènes. La mesure que je propose permettra d'accélérer leur déploiement. Elle résonne avec la volonté exprimée par le Président de la République à Vendôme, que, d'ici à la fin de l'année, tout le territoire soit couvert par une CPTS, et ce, en respectant le libre choix de chaque professionnel de s'inscrire ou pas dans cette dynamique, en lui reconnaissant la possibilité de s'affranchir de cette intégration.

Je sais combien l'amélioration de notre système de santé ne peut se faire sans une refonte du dispositif de la permanence de soins en établissement de santé. La loi Rist en a posé les bases, en inscrivant le principe de la responsabilité collective garantissant l'accès aux soins en ambulatoire à toute la population. Nous devons désormais mettre en œuvre cette responsabilité collective pour la permanence des soins en établissement.

Il convient ainsi de réduire la pression sur l'hôpital – elle est trop souvent la seule lumière allumée sur les territoires –, même si je n'oublie pas que 40 % des généralistes pour l'ambulatoire assurent eux aussi des gardes. La permanence des soins devant être l'affaire de tous les professionnels, nous devons rééquilibrer le dispositif entre le secteur public et le secteur privé. C'est toute l'ambition de l'article 4.

Par ailleurs, issu de la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HSPT », le contrat d'engagement de service public (CESP), visant à encourager les jeunes médecins à s'installer dans les territoires sous-dotés, demeure perfectible. Ainsi, le nombre de contrats signés a fortement chuté entre 2017 et 2021, avec une diminution de plus de 40 %. C'est une évolution très regrettable pour les Français habitant dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante.

L'article 5 rénove le CESP. Il l'ouvre à tous les professionnels en médecine, en odontologie, en maïeutique et en pharmacie, à l'issue de la deuxième année du premier cycle des études de santé, pour les inciter à un exercice pérenne en zone sous-dotée.

Le maintien de l'offre de soins dans un territoire donné doit aussi passer par une meilleure intégration des praticiens formés hors de l'Union européenne. Une réforme de leur statut a été votée en 2019, mais, encore aujourd'hui, ces praticiens, indispensables à certains services, rencontrent des difficultés pour obtenir un poste. Les articles 9 et 10 proposent de faciliter leur exercice, en prévoyant de nouvelles autorisations d'exercice provisoire et une nouvelle carte de séjour pluriannuelle.

Encourager la titularisation des néo-diplômés, qui tendent à s'installer de plus en plus tard, est également prévu dans cette proposition de loi. L'article 7 vise à interdire l'exercice de l'intérim en début de carrière dans les établissements de santé et médico-sociaux, ainsi que dans les laboratoires de biologie médicale. Cette mesure vise à lutter contre les excès de l'emploi temporaire, qui rendent de plus en plus difficile le recrutement sur des postes pérennes, aussi bien dans les établissements de santé que dans les cabinets de ville.

Mais, chers collègues, transformer notre système de soins doit aussi nous conduire à nous attaquer à certaines des difficultés qui rongent l'hôpital public. Si l'instauration des groupements hospitaliers de territoire (GHT), en 2009, a été un véritable *big bang* organisationnel du secteur hospitalier, ces derniers n'ont pas toujours correspondu aux réalités territoriales.

L'article 6 permettra aux GHT qui ont atteint une maturité suffisante d'acquérir une personnalité morale, ce qui simplifiera la conduite de projets à l'échelle du groupement. Il est également proposé d'étendre les compétences du conseil de surveillance, pour en faire un véritable lieu de débat sur la gestion et l'offre de soins de l'hôpital, en lien avec le territoire.

Enfin, dans le sillage de l'affaire Orpea, l'article 8 renforce le contrôle financier sur les cliniques privées, leurs satellites et les sociétés qui les contrôlent. Il tend à élargir le périmètre des institutions en mesure de les contrôler, dans un contexte où les ARS n'ont ni les moyens ni l'expertise pour tout faire.

Pour conclure, j'ai la conviction que les mesures portées par ce texte permettront d'apporter certaines solutions concrètes aux enjeux actuels de notre système de soins en ville et à l'hôpital. Il est urgent d'agir maintenant pour améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes auditionnées – les représentants des médecins, des infirmiers et des étudiants, les ordres des professions de santé, les représentants des élus locaux, les fédérations hospitalières – pour leur collaboration et pour leur contribution.

Nous nous devons de prendre en main la santé de nos concitoyens, qui sont les premiers perdants face à un système aujourd'hui à genoux. Je remercie aussi mon groupe – Horizons et apparentés –, ainsi que les deux cents députés cosignataires de cette proposition de loi, pour leur confiance et leur soutien.

**Mme Michèle Peyron, présidente.** Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

**M. Jean-François Rousset (RE).** Nous partageons tous l'essentiel du diagnostic : l'offre médicale n'est pas suffisante. Chacun le constate dans sa circonscription, nous manquons de médecins et de soignants : 700 000 malades ayant une affection de longue durée n'ont pas de médecin ; 1 600 000 Français renoncent aux soins chaque année.

Jusqu'en 2018, le nombre de médecins formés était limité, tous les ans, par le numerus clausus. Après des années de tergiversations, nous l'avons supprimé. En 2021, 1 675 étudiants ont été admis en deuxième année de médecine, soit une augmentation de 24 % par rapport à 2018. Dans l'intervalle – entre le moment où nous avons supprimé le numerus clausus et le jour où ces jeunes médecins exerceront –, nous prenons toutes les mesures organisationnelles qui nous semblent adaptées. Nous souhaitons surtout éviter toute mesure contradictoire, en particulier celles qui entraîneraient une perte d'attractivité sur ces professions déjà en tension.

Tel est le cas de la régulation de l'installation. Selon un rapport du Sénat et selon la conclusion des travaux de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), toutes les études internationales concluent à l'échec de ce type de mesure. Pire, les dernières enquêtes sur les jeunes médecins nous indiquent qu'en cas de coercition, 10 % d'entre eux partiraient à l'étranger, et un grand nombre de ceux exerçant en France choisiraient d'aller vers des entreprises qui convoitent leurs compétences, par exemple les laboratoires. En tout cas, ils n'exerceront pas la médecine générale dans nos communes.

Il nous faut donc faire preuve de prudence. Vous le savez comme moi, les mesures faciles et évidentes sont rarement les plus efficaces. Elles font plaisir et donnent l'impression d'apporter une réponse rapide, mais une telle réponse aura des conséquences dramatiques, similaires à celles que nous subissons actuellement, depuis le vote du numerus clausus dans les années 1970. Nous, nous n'agissons ni sous le poids du corporatisme ni dans une logique démagogique. L'objectif de notre groupe est d'obtenir des résultats, pour retrouver le plus vite possible un maximum de médecins dans la commune. C'est pourquoi le groupe Renaissance votera cette proposition de loi.

**M. Thierry Frappé (RN).** L'ensemble des lois relatives à la santé dont nous avons débattu amènent toutes à un constat simple : la situation actuelle dans l'offre des soins se dégrade. Il faut donc agir. Si ces lois veulent répondre aux besoins existants, elles négligent l'urgence de la situation dans laquelle se trouvent nos concitoyens : le manque de professionnels sur le territoire.

Votre première tentative d'une loi sur l'accès aux soins pour tous a mis les syndicats de médecins dans la rue. Avez-vous compris la colère des professionnels, qui tirent la sonnette d'alarme face aux difficultés quotidiennes de leur exercice ? Rappelons-le, 6 millions de Français sont sans médecin traitant généraliste, alors que ces derniers travaillent en moyenne cinquante-cinq heures par semaine, et que 51 % d'entre eux présentent des signes de burn-out. Est-ce alarmant ? Évidemment. S'y ajoutent 20 % à 30 % de charges administratives et une augmentation inédite des agressions déclarées, de plus en plus violentes, sur l'ensemble des professionnels de santé.

La loi proposée est un cocktail de bureaucratie, ignorant tout du travail d'un praticien de santé. Surcharge administrative ? Vous voulez créer un CTS qui fera peser sur les professionnels installés la responsabilité collective de l'accès aux soins. Vous rendez obligatoire l'adhésion à des CPTS, au mépris du droit commun des contrats et de l'idée initiale d'une adhésion volontaire. Surcharge de travail ? Vous rendez les permanences de soins obligatoires sur tout le territoire national et à tous les professionnels de santé, alors que nombre d'entre eux approchent de leur retraite, que vous risquez de précipiter. Manque de reconnaissance ? Vous réformez les CESP pour les jeunes médecins, sans revaloriser l'allocation. Manque de moyens humains ? Vous allez accorder un titre de séjour à des extra-européens, sans même redonner envie à nos compatriotes d'exercer dans leur propre pays.

Ce texte ne répondant pas aux attentes, les différents groupes ont déposé de nombreux amendements.

**Mme Mathilde Hignet (LFI - NUPES).** Trouver un médecin, pouvoir être soigné correctement à une distance raisonnable de son domicile, telle est la première préoccupation des Françaises et des Français. Depuis dix ans, nous avons perdu 7 000 généralistes libéraux et 6 millions de Français n'ont pas de médecin traitant ; plus de 8 millions de Français habitent dans un désert médical. Il est plus que temps de prendre à bras-le-corps les problématiques d'accès aux soins.

C'est d'ailleurs ce qu'a entrepris le groupe de travail transpartisan lancé par Guillaume Garot : des députés allant du groupe Les Républicains à la NUPES travaillent ensemble depuis presque un an, et ont élaboré une proposition de loi pour lutter contre les déserts médicaux. Nous regrettons donc le choix de ne pas inscrire cette proposition à l'ordre du jour, alors qu'elle recueille plus de deux cents signatures de députés de tous bords et que la pétition demandant son inscription à l'ordre du jour a atteint des dizaines de milliers de signataires.

Nous profiterons cependant de ce texte pour mettre au débat les mesures qui sont présentées dans la proposition de loi transpartisane. En effet, la réorganisation territoriale en matière de santé proposée par le texte de M. Valletoux répondra peu à la situation d'urgence que connaissent nos territoires. Par exemple, vous proposez qu'il revienne aux CTS de définir les objectifs prioritaires d'accès aux soins et d'appliquer le plan territorial de santé : pourquoi pas, mais avec quels médecins ? Et comment assurer l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, si la gouvernance se situe uniquement à l'échelon local ?

Cette réorganisation territoriale ne peut fonctionner que si elle est accompagnée de mesures fortes, afin de flécher l'installation des professionnels de santé, dans l'objectif de mieux les répartir sur l'ensemble du territoire. Aujourd'hui, faute de remplaçants, 12 000 médecins exercent encore, alors qu'ils ont dépassé l'âge de la retraite. Certes, vous rêvez de faire travailler les gens jusqu'à 80 ans, mais tel n'est pas notre cas. Je proteste aussi vivement sur le fait que nos amendements ouvrant droit au CESP dès la première année, sur critères sociaux ou territoriaux, aient été déclarés irrecevables. Notre position sur ce texte dépendra donc largement de l'adoption d'un certain nombre d'amendements, permettant de l'enrichir.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** La proposition de loi de notre collègue Frédéric Valletoux vise à améliorer l'accès aux soins. Cet objectif semble être devenu une sorte de mantra que nous répétons régulièrement, puisque nous assistons, dans cette commission, à un véritable défilé de textes qui s'en saisissent. Inmanquablement, les propositions qu'ils contiennent suscitent la circonspection de nos concitoyens et un profond mécontentement de la part des professionnels de santé. Il faut dire que tous constatent une véritable impuissance de la part des pouvoirs publics face au délitement de l'offre de soins.

Le déficit d'accès aux soins se fait de plus en plus prégnant et la désertification médicale gagne chaque jour du terrain. Je tiens à vous alerter sur la lassitude et sur la souffrance des acteurs de la médecine libérale. Elle porte un regard inquiet et méfiant envers ce texte. Elle estime que nous allons lui porter un nouveau coup de grâce administratif, en ajoutant des lourdeurs à un secteur où les procédures sont déjà nombreuses. L'article 1<sup>er</sup> est symptomatique de notre faculté à créer des usines à gaz, qui accumulent des échelons administratifs dont nous ne comprenons pas bien à quoi ils pourraient servir. C'est précisément de l'inverse que nous avons besoin : de la simplification administrative, pour dégager du temps médical disponible.

De même, il n'est pas raisonnable de faire peser sur les épaules de la médecine de ville la responsabilité politique du manque de moyens alloués à des hôpitaux exsangues, de la fermeture de lits, de services d'urgence ou de maternités. Les mêmes causes produisent les mêmes effets et les mêmes maux. L'hôpital et de la médecine de ville sont des vases communicants. Je reviendrai plus en détail sur les dispositions que contient ce texte en défendant mes amendements. Il me semble urgent de changer de prisme : nous devons cesser de penser pouvoir guérir un mal aussi profond en posant des pansements sur des jambes de bois.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je le dis à notre collègue du groupe Rassemblement national, sur ce sujet, il n'y a pas matière à renoncement. Or ce qui ressort précisément de son intervention, c'est du renoncement, et pas de propositions. Je le dis avec beaucoup d'humilité, depuis que je suis cette terrible question, j'ai vu toutes les majorités se fracturer, les unes après les autres, parce qu'elles étaient incapables de faire en sorte que l'on puisse avancer. Il y a tout de même eu deux avancées : le *numerus apertus*, qui n'a pas été supprimé mais que l'on a augmenté, et la création des CPTS – un élément fédérateur très important.

Un gros travail a été accompli, tant au sein d'un groupe transpartisan dont je fais partie que par Frédéric Valletoux. Faisons preuve d'intelligence collective et soyons capables, les uns et les autres, d'aboutir à un texte solide, permettant d'apporter un certain nombre de pistes. Vous observerez d'ailleurs, monsieur le rapporteur, que nous n'avons déposé aucun amendement visant à détricoter des mesures que vous avez prises ou que vous proposez ; nous présentons des mesures complémentaires ou différentes.

Je suis surpris, madame la présidente, de voir que beaucoup d'amendements ont trépassé, au titre de l'article 40 de la Constitution. Certains d'entre eux portaient sur le CESP, instauré en 2015, que l'on veut pourtant élargir : il faudra nous donner des explications. Il en a été de même pour les propositions d'expérimentations : quel dommage ! Pourtant, il y a quelques jours, des textes bien plus lourds n'ont pas eu à passer sous de telles fourches caudines. J'invite chacun à réfléchir à tout cela.

**M. Guillaume Garot (SOC).** Cela a été dit, la désertification médicale concerne 6 millions de Français. Vivant dans un territoire où ils peinent à trouver un médecin, ils n'ont donc pas de médecin traitant. C'est un enjeu politique majeur, car cette situation est vécue comme une insécurité sociale, dans le pays qui a fait de la sécurité sociale l'un des fondements de son vivre ensemble. C'est aussi un enjeu républicain, car la désertification médicale est perçue comme un sentiment d'abandon par la République, qui échoue à garantir cette formidable promesse d'égalité, qui était celle de 1945, dans l'accès aux soins et à la santé.

Cela a été dit, en juillet dernier, j'avais pris l'initiative de constituer un groupe de travail transpartisan sur cette question. Il a réuni des députés de gauche, de droite et du centre, animés du souci de réussir à trouver des solutions qui puissent nous rassembler, dans une intelligence collective. Nous avons rédigé ensemble une proposition de loi transpartisane, signée par 205 députés issus de toutes les sensibilités républicaines de l'Assemblée. Nous avons demandé, à plusieurs reprises, que ce texte puisse être inscrit à l'ordre du jour, mais nous n'avons pas été entendus. Nous profitons donc de la proposition de loi présentée aujourd'hui Frédéric Valletoux pour essayer de l'enrichir.

Je veux remercier Frédéric Valletoux du dialogue de qualité qu'il a ouvert avec nous. Je le dis d'emblée, en commission, nous ne présenterons pas d'amendements sur la régulation proprement dite : nous réservons ce débat à la séance publique. Nous essaierons d'améliorer les



choses sur d'autres aspects fondamentaux. Nous souhaitons un débat sans dogmatisme, avec le souci de rechercher des solutions efficaces.

**M. Paul Christophe (HOR).** Notre pays connaît, depuis plusieurs décennies, une distorsion au sein du système de santé. Cet effet de ciseau entre l'offre de soins et la demande trouve sa source dans la pénurie de médecins que nous connaissons, qui se conjugue elle-même à une augmentation de la population et à son vieillissement. Face à ce constat criant et à une situation qui ne cesse de s'aggraver, la majorité et le Gouvernement ont, dès 2019, supprimé le *numerus clausus* et proposé la mise en place de nombreux dispositifs, avec la stratégie *Ma santé 2022*. À titre d'exemple, cela s'est notamment traduit par le déploiement de 1 000 CPTS, ou encore par la création de l'aide à l'embauche d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux.

Dans l'objectif de promouvoir un égal accès aux soins pour tous, les solutions nationales précédemment citées doivent être complétées par des initiatives locales, afin que les réponses apportées correspondent aux besoins de chaque territoire. Par la présente proposition de loi, portée par notre collègue Frédéric Valletoux et par notre groupe Horizons et apparentés, nous souhaitons que les soignants, en ville ou à l'hôpital, puissent se coordonner entre eux pour trouver des solutions adaptées à leurs enjeux d'organisation des soins locaux : en renforçant les missions du CTS ; en rattachant chaque professionnel de santé aux CPTS ; en rendant effective la participation de tous à la permanence de soins ; en interdisant l'intérim aux professionnels médicaux et paramédicaux en début de carrière.

Cette proposition de loi participe ainsi au chantier entamé depuis 2017, par la refonte de notre système de santé. Elle garde comme ambition une amélioration de l'accès aux soins des Français, en tenant compte des changements d'aspiration des professionnels de santé. En complément, le groupe Horizons et apparentés portera cinq amendements partageant les objectifs de cette proposition de loi. Ils visent notamment à l'ouverture de la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux aux maisons de santé et aux cabinets libéraux en zone sous-dense, à la définition du médecin coordonnateur en Ehpad comme médecin traitant du résident et à lutter contre le nomadisme médical. Nous proposons ainsi des solutions concrètes, pour un renforcement durable de notre système de santé, devenu – comme le rappelle très justement notre rapporteur – la première préoccupation des Français, comme un écho aux 6 millions de citoyens en l'absence de médecin traitant.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Le texte que nous étudions aujourd'hui ambitionne de faire du territoire de santé l'échelon privilégié du pilotage des politiques de santé et d'accès aux soins. En ce sens, nous considérons qu'il va dans la bonne direction. Il tend vers une gouvernance construite sur une logique populationnelle, où l'offre est déterminée en fonction des besoins en santé du territoire. Le groupe Écologiste fait toutefois part de son étonnement, alors que cette proposition de loi abandonne, en cours de route, d'autres pistes pour améliorer l'offre de soins.

Ces pistes avaient été avancées dans une première proposition de loi, dont M. Valletoux était déjà le rapporteur. Nous nous interrogeons donc : que s'est-il passé, pour que le présent texte ne reprenne ni la levée du parcours de soins coordonnés pour les patients sans médecin généraliste, ni la régulation à l'installation des médecins *via* l'ARS ? Quoi qu'il en soit, nous devons être lucides, la démographie médicale sera en berne pour quelques années encore. Ainsi, ni la première proposition de loi, ni l'actuelle ne permettront de répondre à la problématique de l'accès aux soins.

La pénurie inédite de médecins que nous subissons est le résultat de trente ans de manquements de l'État à ses obligations en matière d'égal accès aux soins, que ce soit par une régulation du *numerus clausus*, incapable d'anticiper les besoins, ou par un objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2023 qui ne dépasse même pas l'inflation.

Ma circonscription, la Dordogne, n'échappe pas à cet abandon : les accueils de nos quatre centres hospitaliers sont forcés d'être régulés par le 15, faute de personnel disponible, et la maternité de Sarlat est en danger. Puisque nous allons inexorablement manquer de médecins jusqu'en 2030, quelle réponse apporter aux 8 millions de Françaises et de Français privés de soins ?

Si le texte est porteur de quelques avancées, le groupe Écologiste fera plusieurs propositions, pour une gouvernance qui remette les besoins et l'accès digne aux soins au cœur de ses priorités. Nous appellerons ainsi à faire de l'espérance de vie en bonne santé un objectif de la politique de santé de la nation, à expérimenter un dispositif de contractualisation pluriannuel entre les acteurs de la santé, autour de certains objectifs prioritaires, ou à lancer une loi de programmation pluriannuelle pour la santé.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** D'abord, je dois dire que je suis ravi d'être ici, avec vous, pour délibérer sur un sujet important : je me réjouis que cette proposition de loi ait passé l'article 40. Je me réjouis aussi d'être ici avec vous pour examiner un certain nombre d'amendements – cela n'a pas toujours été aussi simple dans la période récente. Tout à l'heure, il a été signalé qu'un certain nombre d'amendements avaient été écartés. Moi aussi, cher Philippe Vigier, je le regrette, ce d'autant que nous avons eu un débat relativement restreint sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), alors qu'il constituait l'occasion de discuter d'un certain nombre d'enjeux auxquels nous devons faire face.

Je m'interroge cependant sur la manière dont le Gouvernement lui-même a annoncé qu'il allait s'emparer de cette proposition de loi, en en faisant l'un de ses véhicules. Cette méthode me semble être problématique, puisqu'elle lui permet de s'exonérer d'un certain nombre de ses obligations liées au dépôt d'un projet de loi. Nous verrons ce qu'il en est.

Sur le fond, je reste un peu circonspect devant le texte proposé, et assez dubitatif sur sa capacité à faire face aux enjeux considérables d'accès aux soins auxquels notre pays est confronté. Si vous pointez la responsabilité collective des acteurs locaux – nous soutenons pour notre part le développement de la démocratie sanitaire en nous demandant d'ailleurs pourquoi ce terme a disparu de votre proposition de loi –, vous oubliez de faire de même avec la responsabilité de la puissance publique, celle de l'État, quant à l'accès aux soins et au droit à la santé. J'aurai l'occasion de revenir sur un certain nombre d'enjeux, comme celui du développement des centres de santé, puisque, avec Guillaume Garot ou d'autres, nous avons déposé des amendements.

**M. le rapporteur.** Nous intervenons dans un contexte particulier pour notre système de santé, avec des tensions multiples, démographiques et budgétaires, héritées du passé. Il ne s'agit pas de rechercher des responsabilités : nous avons collectivement le devoir de répondre à la question concrète de nos concitoyens : comment accéder à un médecin ? Comment être suivi dans son parcours de soins ? Il n'y a pas de réponse magique : à problème complexe, réponses multiples. J'espère que ce débat nous permettra non pas de modifier radicalement notre système de santé mais au moins d'en faire bouger les lignes.

Nous estimons que le temps est venu de faire confiance aux acteurs de terrain : il faut donc bien que ceux-ci se parlent. Or la difficulté tient à un manque de lieux où élaborer collectivement des stratégies de santé. Nous proposons donc de nous appuyer sur une instance existante, le CTS, et non de créer un échelon administratif de plus. Il s'agit d'en faire un lieu de coopération entre soignants, collectivités locales, État et organismes de la sécurité sociale, qui pourront ainsi faire converger leurs points de vue, se doter de priorités et les mettre en œuvre afin de décloisonner notre système de santé.

Le présent texte s'inscrit dans une démarche transpartisane engagée depuis plusieurs mois, comme l'illustre l'initiative de Guillaume Garot. Tant mieux si nous arrivons à faire converger les points de vue vers des solutions qui nous permettront d'apporter notre modeste pierre à l'amélioration des sujets de santé.

La force de notre système de santé est de reposer non seulement sur la médecine libérale, mais aussi sur la médecine publique. Il faut donc juger l'intérêt de ce texte en ayant une approche globale. J'ai beaucoup de respect pour la médecine libérale mais elle n'est pas l'alpha et l'oméga de notre système de santé. Il existe une pluralité d'acteurs, qu'il nous revient d'essayer de coordonner pour avancer ensemble.

Nous ne cherchons pas à faire porter aux acteurs de terrain la responsabilité des politiques de l'État, ni à exonérer ce dernier de la nécessité de définir des stratégies au niveau national. Notre objectif est de confier aux acteurs de terrain le soin d'organiser leur déclinaison territoriale. Le temps est venu de sortir d'un système éminemment jacobin pour enfin donner des marges de manœuvre et d'adaptation aux acteurs de terrain. Eux savent mieux que quiconque comment répondre à la demande de soins et de prise en charge des Français.

C'est l'intelligence collective qui nous permettra d'avancer en faisant émerger des solutions porteuses de sens pour les professionnels de santé et pour les Français. La principale difficulté de notre système de santé tient à la démographie médicale : nous n'avons pas assez de professionnels de santé pour répondre aux besoins et les années qui viennent s'annoncent encore plus difficiles, avec des tensions extrêmes. Mieux faire travailler les uns et les autres, offrir des éléments de souplesse pour inventer des prises en charge différentes, tout cela nous permettra d'apporter une réponse concrète. Néanmoins, il ne faut pas s'opposer par principe aux professionnels de santé parce que s'ils décident de poser leurs valises, nous voterons de belles lois qui ne serviront pas à grand-chose.

Il y a en effet des petites différences avec le texte initial de Thomas Mesnier. Faire croire aux Français que nous pourrions mieux organiser le système par un mécanisme d'installation régulée est une fausse solution. Il peut être utile à terme, lorsque davantage de soignants et de médecins commenceront leur exercice, de veiller à ce que le système ne reproduise pas les erreurs du passé. Mais dans une période de pénurie comme celle que nous allons encore connaître pendant une période de cinq à dix ans, toute volonté de mieux répartir les médecins est vouée à l'échec.

**Article 1<sup>er</sup> :** *Faire du territoire de santé l'échelon de référence de l'organisation locale de la politique de santé*

*Amendement de suppression AS105 de M. Thierry Frappé.*

**M. Thierry Frappé (RN).** La création d'un CTS alourdirait le travail administratif des professionnels de santé, particulièrement les médecins libéraux. Ce nouvel organe vient

s'ajouter aux CPTS et aux équipes de soins primaires, qui ne permettent pas de faire face à la désertification médicale. Nous nous interrogeons sur l'utilité d'un tel article, lequel donne aux professionnels de santé la responsabilité de l'offre de santé et de sa régulation sur le territoire. Cela ne répond ni à leurs missions ni à leurs besoins, alors qu'ils sont déjà en surcharge de travail.

**M. le rapporteur.** Avis défavorable car l'article 1<sup>er</sup> est le moteur de ce texte. Le CTS n'est pas un organe supplémentaire : il existe, même s'il ne sert parfois pas à grand-chose. L'objectif est d'organiser un lieu où les parties prenantes, publiques comme privées, pourront partager ensemble des stratégies. Il est difficile de poursuivre un objectif de meilleure coordination, de décroisement et d'adaptation du système de santé aux besoins du territoire si l'on ne crée aucun lieu où les uns et les autres discutent. Il ne s'agit pas de créer une coquille vide, au contraire : l'article 1<sup>er</sup> fixe des compétences très précises en matière de permanence des soins ou de répartition des forces médicales dans un territoire.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Si vous supprimez l'article 1<sup>er</sup>, vous m'expliquerez comment proposer à des professionnels de santé de s'organiser pour améliorer l'offre de soins dans les territoires. La permanence des soins est une erreur stratégique grave, faite il y a plus de vingt ans. On a fait mieux : en 1998, sous l'égide de Mme Aubry, on a encouragé les médecins à partir à la retraite avec le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité. Les professionnels veulent se retrouver autour d'une table avec les collectivités et l'assurance maladie : laissons-les s'organiser ! Les CPTS sont d'ailleurs un succès. Si vous supprimez l'article 1<sup>er</sup>, vous videz le texte de sa substance. Une fois de plus, vous êtes dans la destruction et non dans la proposition.

**M. Jean-François Rousset (RE).** Il serait dommage de supprimer un article visant à faire vivre un lieu de dialogue existant.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements AS593 de Mme Mathilde Hignet, AS596 de M. Hadrien Clouet et AS666 de M. Jean-Claude Grelier (discussion commune).*

**Mme Mathilde Hignet (LFI - NUPES).** Nous souhaitons que l'article 1<sup>er</sup>, qui change de manière significative le fonctionnement territorial de la politique d'offre de soins, fasse l'objet d'une expérimentation car nous ne disposons d'aucune étude d'impact pour en évaluer les conséquences. De plus, nous proposons que l'intervention de l'ARS ait lieu en référence au plan régional de santé, qui reste la feuille de route pour répondre aux besoins définis par le diagnostic territorial de santé.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Il s'agit d'expérimenter les dispositions de l'article 1<sup>er</sup> dans six départements pendant cinq ans. En renforçant une structure qui pourrait déterminer par elle-même son propre périmètre, votre texte renvoie l'ARS au second rang, créant le risque de compliquer l'effort de convergence entre territoires. L'expérimentation permettrait de répondre à cette crainte.

Par ailleurs, cette nouvelle structure à périmètre variable pourrait conduire à des ruptures d'égalité devant les soins : en effet, dans certains territoires, des réseaux de professionnels de santé qui préexistent vont s'emparer de cet espace pour travailler ensemble, contrairement à d'autres territoires où ces réseaux n'existent pas.

**M. le rapporteur.** Je suis défavorable à ces amendements. Ces périmètres, même s'ils n'ont pas été actionnés avec la même vitalité selon les régions, existent depuis 2016. Il faut laisser le temps aux acteurs de les réorienter eux-mêmes. Je ne prétends pas que faire dialoguer les personnes dans les CTS résoudra le problème du jour au lendemain mais, face à l'urgence, je ne vois pas l'utilité d'attendre pour améliorer le décloisonnement et l'efficacité du travail en commun dans le pays. Il n'est ni utile ni nécessaire d'en passer par une expérimentation.

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** Si nous faisons cette demande, c'est parce que nous ne disposons pas de bilan de l'existant ni d'étude d'impact. J'entends qu'il y a urgence mais faire les choses dans le désordre revient souvent à commettre des erreurs, qu'il faudra ensuite rectifier, avec le risque que cela érode la confiance et l'accès aux soins. Il est très important d'aller vérifier sur le terrain ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS389 de M. Pierre Dharréville.*

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** L'article 1<sup>er</sup> procède à une forme de retour en arrière en substituant à la notion de « territoires de démocratie sanitaire » celle de « territoires de santé ». Nous nous interrogeons sur la portée pratique de cette substitution. En outre, sa portée symbolique n'est pas anodine puisqu'elle peut sous-entendre l'échec, voire la fin de la démocratie sanitaire. Or, quels que soient les écueils, la notion de territoire de démocratie sanitaire signifie que les politiques territoriales de santé doivent être mises en place dans la concertation avec l'ensemble des acteurs de santé.

**M. le rapporteur.** Étant, comme vous, un défenseur de la démocratie sanitaire, je suis convaincu que c'est aussi par ce biais que notre système de santé doit progresser. Il s'agit juste de mettre en cohérence des dénominations – territoire de santé, conseil du territoire de santé, projet du territoire de santé. J'ai soumis cette remarque à France Assos Santé, qui rassemble l'ensemble des associations de patients : elle n'a rien trouvé à redire.

Le sujet n'est pas là : il s'agit de faire réellement vivre la concertation, en donnant du poids et du sens aux conseils territoriaux de santé, et non de faire un simple affichage. La démocratie sanitaire est incarnée dans la proposition de loi. Je suis pour la cohérence.

Je vous propose de retirer votre amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Je suis un peu étonné par la réponse du rapporteur. Puisque le terme ne change rien aux pratiques, alors autant le conserver ! En outre, vous dites que la démocratie sanitaire s'incarne plus qu'elle ne se dit : raison de plus de la dire et de l'incarner ! Vos deux arguments sont des motifs d'adoption de cet amendement.

**M. le rapporteur.** Vous n'avez pas entendu le motif de cohérence et de lisibilité que j'ai mis en avant. Nous connaissons tous l'enchevêtrement des procédures et des termes complexes, dont plus personne ne sait très bien ce qu'ils recouvrent.

Territoire de santé, conseil territorial de santé, projet territorial de santé : c'est extrêmement lisible et cohérent.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS457 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale.** Il vise à préciser que le conseil territorial de santé doit tenir compte de l'organisation des GHT. Ces derniers ont fait la preuve de leur efficacité lors de la crise sanitaire. L'objectif est de ne pas ajouter des couches successives et de tenir compte le mieux possible de la géographie de ces groupements.

**M. le rapporteur.** Si l'on veut que les acteurs de terrain se sentent le mieux possible, il ne faut pas que la loi contribue à rigidifier l'exercice de périmétrage. Les GHT sont de tailles très différentes, certains dépassant même les frontières départementales. Il n'est pas souhaitable d'harmoniser des périmètres qui n'ont pas vocation à l'être. Le GHT définit la stratégie publique pour organiser une prise en charge, depuis la proximité jusqu'aux plateaux techniques les plus élaborés ; la définition d'un territoire n'est donc pas nécessairement superposable à celle d'un bassin de vie.

Demande de retrait car cet amendement n'améliore pas la lisibilité de la démarche.

**Mme la rapporteure générale.** Il me paraît essentiel de rappeler l'importance du rôle joué par les GHT et la nécessité de ne pas ajouter de nouvelles couches. Cela étant, j'entends vos arguments et je retire cet amendement.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Il faut éviter de créer des rigidités. Les GHT ont le statut d'établissement public. Si on veut réussir un jour, il faudra décroisonner totalement le public et le privé. Dans mon territoire, le GHT travaille avec une partie d'un autre département : imaginez les contraintes si un cadre trop strict était adopté !

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Je suis en désaccord avec cet amendement car je ne suis pas sûr que les GHT puissent constituer l'ossature de l'organisation territoriale de santé, d'autant plus que ces GHT sont extrêmement divers en taille et dans l'étendue de leurs activités. Je vous invite à lire le rapport sur les GHT que j'ai corédigé avec Marc Delatte au nom de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.

**M. le rapporteur.** J'ai lu ce rapport, qui apporte en effet la démonstration qu'il faut être prudent concernant les périmètres des GHT.

*L'amendement est retiré.*

*Amendements AS100 et AS101 de M. Thierry Frappé, amendement AS748 de M. Frédéric Valletoux (discussion commune).*

**M. Thierry Frappé (RN).** L'amendement AS100 vise à augmenter la fréquence d'analyse des délimitations de territoire. Il paraît nécessaire de la réaliser annuellement, et non tous les trois ans, afin de permettre aux CTS d'anticiper l'offre de soins sur le territoire considéré. L'idée est d'apporter des réponses de manière rapide et efficace aux demandes du territoire en analysant de façon régulière les divers besoins. L'amendement AS101 est un amendement de repli ayant pour objet de fixer cette fréquence à deux ans.

**M. le rapporteur.** Mon amendement est rédactionnel. Il vise à préciser que ce sont les membres siégeant au sein des conseils territoriaux qui pourront redéfinir les limites des territoires de santé, en lien avec l'ARS.

S'agissant des deux autres amendements, il ne me paraît pas utile de rigidifier le fonctionnement des territoires de santé. La mise en œuvre de priorités en matière de santé est

une stratégie à long terme : la révision annuelle des périmètres introduirait de l'instabilité alors que les professionnels ont besoin de temps.

*La commission **rejette** successivement les amendements AS100 et AS101.*

*Puis elle **adopte** l'amendement AS748.*

*En conséquence, les amendements AS1 de M. Guillaume Garot, AS391 de M. Pierre Dharréville, AS290 de M. Christophe Bentz, AS2 de M. Guillaume Garot, AS102 de M. Thierry Frappé, AS393 de M. Yannick Monnet, AS48 de M. Yannick Neuder, AS410 de Mme Joëlle Mélin, AS390 de M. Yannick Monnet et AS103 de M. Thierry Frappé **tombent**.*

*Amendement AS749 de M. Frédéric Valletoux, sous-amendements AS762 de M. Jean-François Rousset, AS765 de M. Sébastien Peytavie et AS761 de Mme Servane Hugues.*

**M. le rapporteur.** Mon amendement vise à consolider la rédaction de l'article 1<sup>er</sup> en y intégrant les dispositions de l'article 2 – je proposerai donc, par cohérence, un amendement de suppression de ce dernier – relatives à la composition des CTS. Il s'agit de corriger un oubli rédactionnel de ma part en rétablissant la présence d'un représentant des comités de massif concernés, comme le prévoit la loi actuellement.

**M. Jean-François Rousset (RE).** Mon sous-amendement vise à associer les représentants des guichets uniques départementaux à la démarche de concertation relative à l'organisation territoriale de santé dont la gouvernance est assurée par le CTS. L'objectif est de prendre en compte les dispositifs d'aides à l'installation dans la définition de l'équilibre territorial de l'offre de soins.

**M. Sébastien Peytavie (Écolo - NUPES).** Mon sous-amendement a pour objet d'ajouter les représentants des associations de permanence des soins, du service d'accès aux soins et des équipes de soins spécialisés à la liste des participants au CTS.

**M. Jean-François Rousset (RE).** Les proches aidants contribuent à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Étant présents au quotidien à leurs côtés, ils sont les premiers à avoir connaissance de l'évolution de leur état de santé. Le sous-amendement AS761 a pour objet d'inclure leurs représentants dans les CTS pour leur permettre de participer à l'organisation des parcours de santé des personnes aidées.

**M. le rapporteur.** Les sous-amendements me semblent satisfaits par la rédaction actuelle du texte, qui est suffisamment large pour inclure l'ensemble des parties prenantes.

Demande de retrait.

*La commission **adopte** successivement les sous-amendements et l'amendement **sous-amendé**.*

*Amendement AS608 de M. Hadrien Clouet.*

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** Nous proposons de s'assurer que les CTS prendront en compte les usagers en situation de handicap. En effet, la notion de handicap recouvre des situations très diverses, et il est important de ne pas agir sans impliquer les personnes concernées, au risque d'agir contre elles.

**M. le rapporteur.** L'amendement AS749 permet de couvrir l'ensemble des parties prenantes, sans avoir besoin d'en dresser la liste. Votre amendement est donc satisfait. Je vous propose de le retirer.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS607 de Mme Mathilde Hignet.*

**Mme Élise Leboucher (LFI - NUPES).** En plus de la commission spécialisée dans la santé mentale, nous proposons de doter le CTS d'une commission pour chaque spécialité médicale en carence dans un territoire.

L'exposé des motifs de la proposition de loi fait ouvertement état de la gravité de la situation : « 25 % des médecins spécialistes couvrent 5 % du territoire ; une quarantaine de départements sont aujourd'hui sous le seuil critique de 40 spécialistes pour 100 000 habitants ». Certaines spécialités sont plus touchées que d'autres, parmi lesquelles figurent la psychiatrie, la gynécologie et la pédiatrie. On lit ainsi dans l'exposé des motifs : « 23,6 % des femmes vivent dans un désert médical gynécologique et 27,5 % des enfants vivent dans un désert médical pédiatrique ». Puisque la proposition de loi se contente de dresser le constat d'une défaillance, nous proposons que le CTS se dote de commissions spécialisées traduisant les carences du territoire et les inégalités en matière d'offre de soins, afin de proposer des pistes d'amélioration.

**M. le rapporteur.** L'intérêt de faire confiance aux acteurs de terrain est aussi que, en fonction des besoins du territoire, ils pourront se doter des outils appropriés. Dans le sud de la Bretagne, les préoccupations ne sont sans doute pas les mêmes que dans le nord de l'Alsace. Les parties prenantes réunies au sein du CTS pourront tout à fait créer les structures qui leur semblent nécessaires. Je ne suis pas favorable à ce que l'on rigidifie le fonctionnement des conseils.

En outre, votre amendement est satisfait par l'adoption de l'amendement AS749. Je vous propose donc de le retirer.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Le mieux n'est pas forcément l'ennemi du bien : ce n'est pas parce que notre demande est déjà satisfaite qu'il ne faut pas adopter cet amendement...

Vous ne voulez pas que le dispositif soit trop rigide, mais nous proposons justement de créer des commissions en fonction des spécialités médicales en carence : là où il manque des professionnels dans une spécialité, la création d'une commission visera à résoudre le problème, mais s'il n'y a pas de carence – et c'est tant mieux –, il ne sera pas nécessaire de le faire.

Si l'on en croit Doctolib, il reste huit rendez-vous disponibles avec un gynécologue d'ici à la fin de la semaine dans votre circonscription, monsieur le rapporteur, et quatre dans la vôtre, madame la présidente, tandis que, dans le Gers, il n'y en a pas un seul dans les six prochaines semaines. C'est en raisonnant à partir des spécialités carencées que l'on pourra les réintroduire dans un territoire : il faut savoir ce qui existe et ce qui manque pour poser les conditions d'une prise en charge réelle.

**M. le rapporteur.** J'entends ces arguments. Si vous cherchez sur Doctolib un rendez-vous avec un cardiologue dans ma circonscription, vous n'en trouverez pas, car il n'y a pas de médecin exerçant cette spécialité.



Néanmoins, j'insiste à la fois sur la souplesse qu'il importe de conserver et sur la responsabilité des acteurs de terrain, qui adopteront la démarche qui leur semble la plus adaptée en fonction des urgences. C'est tout l'objet du projet territorial de santé : identifier les carences et les leviers permettant d'agir collectivement.

Une fois encore, je vous demande de retirer l'amendement. À défaut, j'appellerai à son rejet.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS750 de M. Frédéric Valletoux.*

**M. le rapporteur.** Cet amendement vise à clarifier les missions du CTS, afin de donner du sens à la gouvernance territoriale. Le CTS aura ainsi pour objet d'élaborer le projet territorial de santé et d'assurer le suivi ainsi que l'évaluation de sa mise en œuvre, en liaison avec l'ARS – car les acteurs n'agiront pas tout seuls, monsieur Dharréville : les services de l'État seront associés.

Le CTS définira, notamment, « les objectifs prioritaires en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'équilibre territorial de l'offre de soins ». Ceux qui sont attentifs à la lutte contre les déserts médicaux apprécieront la portée du dernier membre de phrase.

Pour mener à bien ces missions, le CTS s'appuiera sur un bureau. Cet organe exécutif organisera les travaux du conseil, pourra proposer des actions et mettre en œuvre les décisions prises par le CTS.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Il existe des CPTS qui ont déjà élaboré des programmes territoriaux de santé, engagé des actions de prévention, créé des passerelles entre la ville et l'hôpital et organisé la permanence des soins – autrement dit, ce que vous préconisez à travers ce texte. Elles fonctionnent, ont passé des conventions avec les ARS et sont financées dans ce cadre. D'ici à la séance, il faudrait trouver une manière d'articuler les deux, sinon les CTS risquent de refaire le travail accompli par les CPTS. Les CTS ne doivent pas être des technostructures mal comprises par les acteurs de terrain et, en définitive, démobilisantes.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Certains acteurs se sont déjà réunis ou associés, par exemple à l'hôpital, pour construire des projets d'établissement, ou encore dans les CPTS, pour élaborer des projets territoriaux de santé. Il ne faudrait pas que s'installe une logique pyramidale. Certes, telle n'est pas votre intention, monsieur le rapporteur – vous souhaitez même l'inverse –, mais nous savons que de telles logiques peuvent prévaloir dans l'administration, du fait des pesanteurs et des habitudes. Dans l'une des deux CPTS que compte ma circonscription, des actions ont été entreprises autour de la santé environnementale ; il ne faudrait pas qu'elles soient désavouées par une autre instance.

**Mme Joëlle Mélin (RN).** C'est ahurissant : nous assistons à la création d'une treizième strate territoriale, à laquelle on va confier des prérogatives déjà exercées par d'autres structures, auxquelles on prétend d'ailleurs donner encore plus d'importance – je pense, entre autres, aux CPTS. Je ne suis pas toujours d'accord avec M. Vigier et M. Dharréville – je ne sais pas, d'ailleurs, s'ils apprécieront mon soutien –, mais, en l'occurrence, ils ont raison : cela ne peut pas fonctionner, l'organisation sera nécessairement pyramidale. Il s'agit là d'une dérive technocratique, qui justifie notre demande de suppression de l'article 1<sup>er</sup>.

**M. le rapporteur.** Je ne confonds pas la CPTS, qui est une organisation principalement libérale, et ce que sera le CTS, qui regroupera des associations d'usagers, les collectivités locales, les administrations de la sécurité sociale et l'État : c'est un lieu où tout le monde pourra discuter.

Les libéraux aiment travailler ensemble, et ce depuis longtemps, madame Mélin ; ils ne sont pas tous dans une logique d'individualisme forcené. Que certaines CPTS aient construit des projets aboutis – comme c'est le cas dans ma circonscription –, c'est une chose, mais cela n'emporte pas forcément l'adhésion des autres acteurs.

Sur le terrain, il est assez simple de faire en sorte que les projets s'emboîtent correctement, sans que l'on soit obligé pour cela de construire des structures pyramidales, abstraites et bureaucratiques, ou encore prenant modèle sur les poupées russes. Dans mon territoire de santé, *a priori*, il y aura deux ou trois CPTS. Les libéraux y préfèrent les petites structures – dans d'autres territoires, au contraire, certains aiment les grosses structures. Grand bien leur fasse ! Quoi qu'il en soit, je ne superpose pas les choses et ne confonds pas les projets. Ceux qui sont défendus par les libéraux sont intéressants, parce qu'ils leur permettent de sortir de l'individualisme inhérent à leurs métiers. Les CTS, quant à eux, permettront une approche plus large, partagée avec les collectivités locales et les hôpitaux, ou encore les centres de santé. Je reste donc tout à fait favorable à mon amendement.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Dans une CPTS, il n'y a pas forcément que des libéraux : dans ma circonscription, nous avons intégré tout le monde. Nous avons mis en place la permanence des soins avec les centres hospitaliers régulateurs – en l'occurrence, les structures mobiles d'urgence et de réanimation. Les libéraux interviennent donc après que la régulation a été effectuée par l'hôpital public.

Je comprends le sens de votre amendement, mais il faut trouver une articulation intelligente avec les structures existantes, de manière que celles-ci ne soient pas démantelées.

Vous dites que les CTS pourront couvrir un périmètre plus large que des bassins de vie ou de santé reconnus. Dont acte, mais, une fois encore, la souplesse doit être de mise. En effet, 37 % du territoire national est couvert pour l'instant : je ne crois pas une seule seconde que la France tout entière puisse l'être en six mois, ni même en douze ou en dix-huit mois par les CTS. Votre démarche est très volontariste, et je vous sais gré de vouloir faire en sorte que les professionnels se structurent, mais il faut veiller à ce que les dispositifs existants, qui ont fait leurs preuves, ne se trouvent pas fragilisés – ce qui serait d'autant plus dommage dans l'exemple que je vous ai donné qu'il s'agit, en plus, de soins non programmés.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Je vous rejoins sur un point, monsieur le rapporteur : une structure réunissant l'ensemble des parties prenantes est quelque chose d'assez différent d'une CPTS. Or il est bon que tous les acteurs puissent délibérer. Cela dit, la formule que vous proposez soulève deux questions : celle du périmètre d'action des CTS et celle de leur composition. Au regard de ces deux enjeux, la légitimité des décisions prises pourra paraître discutable. Dans ma circonscription, par exemple, il existe un conseil local de santé, qui rassemble à peu près tout le monde et où se disent des choses importantes. Cela rejoint ma remarque relative au caractère possiblement pyramidal de l'organisation. À mes yeux, la question de la légitimité n'est pas tout à fait réglée.

**M. le rapporteur.** Les questions posées par Pierre Dharréville et Philippe Vigier sont tout à fait légitimes. Leurs interventions montrent que tous les territoires n'ont pas atteint la

même maturité. Philippe Vigier a la chance d'être élu dans un territoire où les professionnels de santé sont mûrs et travaillent ensemble. Ailleurs, les libéraux excluent l'idée même de dialoguer avec l'hôpital, parce qu'ils considèrent que la CPTS est une institution qui est à leur main – force est d'ailleurs de constater que la loi ne leur donne pas tort. Il faut leur laisser cette légitimité s'ils le souhaitent.

Chacun doit pouvoir s'organiser comme il l'entend à partir du moment où les intentions et les priorités fixées dans le texte sont respectées. Si le périmètre de certains CTS recoupe celui de CPTS ayant déjà leur projet et qu'ils souhaitent adopter celui-ci, personne ne les en empêchera. Toute la souplesse nécessaire doit être laissée aux acteurs du territoire. Je crois profondément à cette idée. Mon amendement, qui vise à faire du projet territorial de santé le moteur de la réflexion et de la stratégie collectives, me semble important à cet égard, et je vous encourage à le voter.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Si le périmètre du CTS et celui de la CPTS sont identiques, on ne va tout de même pas créer deux structures ! Cela voudrait dire qu'il y aurait deux fois plus de réunions... Pour avoir participé pendant une année et demie à la création d'une CPTS, je puis en parler : il y a deux réunions par mois. Je souhaite bien du plaisir à ceux qui devront siéger dans les deux structures !

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, les amendements AS156 de Mme Emmanuelle Anthoine, AS291 de M. Christophe Bentz, AS664 de M. Jérémie Patrier-Leitus, AS394 de M. Yannick Monnet et AS137 de Mme Emmanuelle Anthoine **tombent**.*

*Puis la commission **adopte** successivement les amendements AS726, de coordination, et AS727, rédactionnel, de M. Frédéric Valletoux.*

*Amendement AS3 de M. Guillaume Garot.*

**M. Guillaume Garot (SOC).** S'agissant du projet des CTS, la formulation retenue est peu contraignante : les professionnels de santé du territoire réunis en leur sein « veillent à réduire les inégalités » d'accès aux soins. Nous considérons qu'il faut être beaucoup plus clair, et écrire que les professionnels « réduisent les inégalités », de manière à fixer un véritable objectif politique en matière de politique locale de santé. Cette proposition est d'ailleurs en cohérence avec votre projet, puisque vous nous avez expliqué que le CTS serait l'instance de pilotage.

**M. le rapporteur.** Je salue votre volontarisme, mais cette formulation ferait peser une charge excessive sur les épaules des professionnels de santé : en écrivant qu'ils « réduisent les inégalités de densité démographique », on leur fixe, de manière martiale, une obligation de résultat, alors même que, quelle que soit leur bonne volonté, ils n'ont pas les leviers pour agir directement sur la démographie médicale. Le fait d'indiquer qu'ils « veillent à réduire » ne diminue en rien l'intensité de l'effort à fournir : ils essaieront, autant que faire se peut, de réduire les inégalités.

Avis défavorable.

**M. Guillaume Garot (SOC).** Mon propos n'a aucun caractère martial : il s'agit simplement d'énoncer dans la loi un objectif de politique publique. Il est vrai qu'il faut donner aux professionnels les moyens d'agir : c'est la raison pour laquelle nous sommes plusieurs ici,

quel que soit notre groupe, à plaider en faveur de la régulation de l'installation. Ce serait un vrai levier d'action, hélas absent du texte – mais nous en débattons en séance publique. Si l'on donne aux professionnels les moyens d'agir, la rédaction que nous proposons fixera un horizon tout à fait atteignable.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Cet amendement me paraît de bon sens. Il ne s'agit pas d'adopter une démarche martiale – ce qui serait concevable, au demeurant, s'il fallait en passer par là.

En écrivant que les professionnels « veillent à réduire », on choisit de contrôler leur volonté, leur engagement personnel dans la poursuite de cette politique publique. Si l'on indique qu'ils « réduisent », ce sont les moyens qui leur ont été alloués pour atteindre l'objectif qui sont examinés. Non seulement la formulation serait ainsi plus claire, mais la charge pesant sur eux serait moindre, ce qui leur ôterait un certain stress.

**Mme la rapporteure générale.** J'abonderai dans le sens du rapporteur, dont les explications ont été très claires. Comme dans d'autres amendements que nous examinerons par la suite, vous imposez aux professionnels de santé une obligation qu'ils n'ont pas les moyens de satisfaire. En écrivant qu'ils « veillent à réduire » les inégalités, en revanche, nous leur demandons de s'organiser, notamment avec d'autres professionnels de santé, pour essayer d'améliorer la situation. À moins de disposer d'une baguette magique, on ne saurait leur demander davantage.

**M. le rapporteur.** La démographie médicale est très tendue. Demander aux professionnels de santé de réduire les inégalités dans certaines spécialités, ce serait leur fixer un objectif qu'ils ne pourraient pas atteindre, car cela ne dépend pas d'eux. Veiller à réduire les inégalités, au contraire, cela consiste à élaborer des stratégies territoriales – organiser des consultations avancées, travailler avec les hôpitaux, ou encore demander à des libéraux exerçant dans un lieu de donner des consultations dans un territoire plus pauvre. Or ces stratégies dépendent des moyens dont dispose le territoire. Je souhaite donc que nous conservions la rédaction initiale, qui ne me paraît pas dénuée de volontarisme. Entre cette rédaction et celle que vous proposez, il y a une petite nuance, dans laquelle réside ce que peuvent faire les professionnels sur le terrain.

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** Cette nuance n'est pas seulement d'ordre sémantique : ce qui est en jeu, ce sont les moyens que l'on met derrière. Si l'on écrit qu'ils « veillent à réduire », on s'appuie sur les humains et leur seule bonne volonté : ils devront faire des efforts supplémentaires dans une direction particulière. En revanche, si l'on écrit qu'ils « réduisent », l'État s'engage à fournir les moyens nécessaires.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS751 de M. Frédéric Valletoux.*

**M. le rapporteur.** Cet amendement vise à préciser que les CTS ont vocation à réduire les inégalités de densité démographique de toutes les professions de santé.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, les amendements AS395 de M. Yannick Monnet et AS4 de M. Guillaume Garot tombent.*

*Amendement AS292 de M. Christophe Bentz.*

**M. Christophe Bentz (RN).** Il s'agit d'un amendement de précision rédactionnelle, visant à éviter que le propos soit trop général.

*Suivant l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS597 de Mme Mathilde Hignet.*

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Comme tous nos amendements, celui-ci consiste à faire œuvre de clarté : l'intervention de l'ARS, prévue par le texte, doit viser à atteindre les objectifs définis par le projet régional de santé. Il s'agit d'éviter que la création de nouvelles instances de gestion ne conduise à des différences de situations trop grandes, avec un maillage inégal, alors que l'enjeu est de réussir à faire converger des territoires voisins. Par ailleurs, l'intervention de l'ARS permettrait ainsi de pointer les dysfonctionnements éventuels.

**M. le rapporteur.** La rédaction de la proposition de loi me semblait très bonne, mais celle que vous proposez n'est pas mal non plus... Certes, on pourrait considérer que le fait de « répondre aux besoins » et celui d'« atteindre les objectifs » reviennent au même, en définitive, mais la seconde expression est porteuse d'un volontarisme qui me convient. Toutefois, il vaudrait mieux se référer au projet territorial de santé plutôt qu'au projet régional de santé. À cet endroit du texte, il s'agit de mettre en avant le projet territorial de santé, émanation du conseil territorial de santé : dans le contexte, un renvoi au projet régional de santé n'a pas de sens.

Je vous propose donc de retirer votre amendement et de le corriger en vue de la séance.

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement avait pour mérite d'ouvrir le débat sur la manière dont les projets territoriaux de santé pourront être coordonnés, mais nous en discuterons peut-être en séance.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS104 de M. Thierry Frappé et sous-amendement AS769 de M. Yannick Neuder.*

**M. Thierry Frappé (RN).** Cet amendement vise à accompagner le directeur général de l'ARS dans le déploiement des mesures destinées à améliorer l'accès aux soins, en prévoyant une collaboration étroite avec le conseil départemental de l'ordre des médecins. Cet organe possède une connaissance parfaite de la profession et des enjeux dans chaque territoire. Il fournira donc une analyse supplémentaire qui contribuera à la réalisation des mesures envisagées par le directeur général de l'ARS.

**M. Yannick Neuder (LR).** La défense de mon sous-amendement sera pour moi l'occasion d'exposer le sentiment de mon groupe sur la proposition de loi.

Vous avez dit en substance, monsieur le rapporteur, que la répartition de la misère ne faisait pas la richesse. Je vous rends hommage sur ce point. Toutefois, à nos yeux, le texte ne s'attaque pas au vrai problème, à savoir le nombre de médecins. La proposition de loi ne fera qu'ajouter des échelons supplémentaires, ce qui aggravera le caractère bureaucratique de l'organisation. Il n'y est pas question non plus de la rémunération des actes, notamment pour les libéraux.

Tous les amendements que nous avons déposés ont pour objet de revenir aux fondamentaux, c'est-à-dire de restaurer la confiance et de travailler avec les territoires, ce qui ne peut passer que par des mesures incitatives, et non par la coercition. La situation des professionnels de santé, en particulier, à l'hôpital ou en ville, nécessite de rétablir la confiance : les revendications des ordres et des syndicats l'attestent.

J'espère qu'à l'occasion de la discussion des amendements, nous pourrions prendre davantage en compte des questions comme celles de la formation et des rémunérations – une revalorisation de la permanence des soins, notamment, est nécessaire. Surtout, il faut développer les passerelles pour former des médecins plus rapidement – nous avons la chance que les professionnels du secteur paramédical soient bien formés : ils ont le niveau bac + 5, parfois même bac + 6 pour les sages-femmes.

Je retire mon sous-amendement.

**M. le rapporteur.** Monsieur Frappé, l'article 1<sup>er</sup> permet d'assurer la représentation de l'ensemble des professionnels de la prise en charge et du soin. L'Ordre des médecins y participe : aussi me semble-t-il inutile de le mentionner. Je donne donc un avis défavorable à votre amendement, qui est satisfait.

Monsieur Neuder, la rémunération des actes ne relève pas d'une proposition de loi, mais de la négociation conventionnelle. À la rigueur, il peut en être question dans le cadre du PLFSS : nous verrons cela dans quelques mois. Sans vouloir rouvrir le débat que nous avons eu tout à l'heure, ce texte ne crée aucun nouvel échelon administratif : il ne fait qu'organiser un cadre de discussion. Il est nécessaire que les passerelles tombent, que les différents acteurs discutent entre eux et qu'ils inventent des modes de prise en charge adaptés aux besoins.

*L'amendement et le sous-amendement sont retirés.*

*Amendement AS409 de Mme Katiana Levavasseur.*

**M. Thierry Frappé (RN).** Nous souhaitons réduire le nombre des « acteurs du territoire » concernés par l'alinéa 18. Certaines personnalités auditionnées ont exprimé leur crainte que la rédaction assez large de cette disposition suscite des dérives et des débordements, certains établissements ou organismes étant susceptibles de s'impliquer au détriment de l'objectif même de la proposition de loi, à savoir la qualité des soins. Il nous semble donc opportun de circonscrire le champ très large des acteurs pouvant proposer une offre de soins. Dans un domaine aussi précis et spécifique que le soin, il n'est pas envisageable d'ouvrir à n'importe quel établissement cette prérogative : nous devons nous en tenir aux acteurs de santé. Il faut améliorer l'accès aux soins, bien sûr, mais pas à n'importe quel prix !

**M. le rapporteur.** Avis défavorable.

Je préfère retenir la rédaction actuelle de l'alinéa 18, qui évoque les « acteurs du territoire ». Dans certains territoires, en effet, il est essentiel d'associer l'ensemble des établissements et services sociaux ou médico-sociaux – en d'autres termes, de travailler avec toute la filière du secteur médico-social. Le cadre dépendra aussi des priorités définies par les territoires. Ainsi, il ne serait pas compréhensible d'exclure de fait les acteurs du médico-social.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements identiques AS49 de M. Yannick Neuder et AS411 de Mme Joëlle Mélin.*

**Mme Joëlle Mélin (RN).** À l’alinéa 18, il convient de remplacer les mots « de premier recours » par les mots « de premier ou de deuxième recours », compte tenu de la faible présence de certaines spécialités médicales au regard de la population.

**M. le rapporteur.** Avis défavorable.

Votre intention est satisfaite par l’alinéa 19, qui évoque « l’organisation de consultations avancées de médecins de premier ou de deuxième recours ». Mentionner les soins de deuxième recours à l’alinéa 18 reviendrait à décider l’ouverture de nouveaux hôpitaux.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement rédactionnel AS746 de M. Frédéric Valletoux et sous-amendement AS760 de M. Jean-François Rousset.*

**M. Jean-François Rousset (RE).** Mon sous-amendement vise à associer les guichets uniques départementaux à la démarche de concertation relative à la construction d’outils incitatifs visant à l’installation de professionnels de santé. Il s’agit de faire correspondre au mieux les besoins territoriaux de santé, les dispositifs d’aide existants et les souhaits des jeunes professionnels concernés.

**M. le rapporteur.** Je ne suis pas opposé à votre sous-amendement sur le fond, mais nous aborderons la question du guichet unique ultérieurement et nous avons, du reste, déjà adopté votre sous-amendement AS762 intégrant ce guichet dans le dispositif.

Demande de retrait.

*L’amendement est **adopté**, le sous-amendement ayant été **retiré**.*

*En conséquence, les amendements AS663 de M. Jérémie Patrier-Leitus, AS23 de Mme Danielle Brulebois, AS486 et AS487 de Mme Olga Givernet, AS397 de M. Yannick Monnet, les amendements identiques AS22 de Mme Danielle Brulebois, AS58 de M. Yannick Neuder, AS73 de M. Vincent Descoeur, AS89 de Mme Josiane Corneloup, AS123 de M. Philippe Juvin, AS138 de Mme Emmanuelle Anthoine, AS165 de M. Guy Bricout, AS273 de M. Francis Dubois, AS467 de M. Thibault Bazin, AS616 de M. Jean-François Rousset et AS659 de M. François Gernigon **tombent**.*

*Amendement AS358 de M. Luc Lamirault.*

**M. Paul Christophe (HOR).** Nous souhaitons soutenir l’action du CTS visant à améliorer l’accès aux soins ainsi que l’équilibre territorial de l’offre de soins. Par cet amendement, nous demandons donc la définition, par l’ARS, d’un nouveau zonage permettant de repérer les arrondissements français dans lesquels la densité de médecins et de chirurgiens-dentistes est supérieure à la moyenne nationale. Des mesures de modulation pourraient alors y être appliquées : l’autorisation d’installation d’un médecin ou d’un chirurgien-dentiste serait soumise à l’accord de l’ARS territorialement compétente et conditionnée par la cessation d’activité d’un professionnel exerçant la même spécialité dans la même zone.

**M. le rapporteur.** En cohérence avec ce que j’ai indiqué lors de la discussion générale, et comme l’a dit M. Garot lui-même, nous débattons de la régulation de l’installation des professionnels de santé en séance publique. Je demande donc le retrait de cet amendement.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'amendement de coordination AS728 de M. Frédéric Valletoux.*

*Puis elle adopte l'article 1<sup>er</sup> modifié.*

## **Article 2**

*Amendement de suppression AS747 de M. Frédéric Valletoux.*

**M. le rapporteur.** Compte tenu de l'intégration à l'article 1<sup>er</sup> des dispositions figurant initialement à l'article 2, il convient de supprimer ce dernier.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Il serait dommage de rater quelques étapes de la discussion que nous souhaitions avoir en défendant nos amendements, d'autant que la réécriture de l'article 1<sup>er</sup> et la proposition de suppression de l'article 2 qu'elle emporte ont été annoncées assez tardivement, quelques minutes avant le début de la présente réunion. Peut-être pourrions-nous examiner une bonne partie des amendements que nous avons déposés à l'article 2, quitte à supprimer ce dernier une fois que nous aurons posé les questions qui nous importent.

**M. le rapporteur.** Nous n'avons pas été sourds à vos propositions, puisque la commission a adopté trois sous-amendements à mon amendement AS749, notamment un déposé par M. Peytavie, visant à renforcer la composition des CTS. Nous avons donc déjà débattu de ces questions, même si nous ne sommes pas allés dans le détail que vous souhaitiez.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 2 est supprimé et les amendements identiques AS321 de M. Philippe Juvin et AS400 de M. Yannick Monnet, les amendements identiques AS7 de M. Guillaume Garot et AS603 de Mme Mathilde Hignet, les amendements AS293 de M. Christophe Bentz, AS617 de M. Jean-François Rousset, AS606 de M. Hadrien Clouet et AS519 de Mme Isabelle Valentin, les amendements identiques AS153 de M. Philippe Juvin, AS208 de M. Thierry Frappé, AS347 de M. Paul-André Colombani, AS451 de Mme Josiane Corneloup, AS518 de Mme Isabelle Valentin, AS602 de M. Olivier Falorni et AS641 de M. Sébastien Peytavie, les amendements identiques AS207 de M. Thierry Frappé et AS346 de M. Paul-André Colombani, les amendements identiques AS307 de M. Thibault Bazin et AS327 de M. Philippe Juvin, AS502 de M. Bertrand Bouyx, AS437 de Mme Josiane Corneloup, AS106 de M. Thierry Frappé et AS233 de M. Thibault Bazin, les amendements identiques AS25 de Mme Danielle Brulebois, AS61 de M. Yannick Neuder, AS93 de Mme Josiane Corneloup, AS127 de M. Philippe Juvin, AS157 de Mme Emmanuelle Anthoine, AS275 de M. Francis Dubois, AS354 de M. Paul-André Colombani, AS473 de M. Thibault Bazin, AS684 de Mme Maud Petit et AS688 de M. François Gernigon, les amendements AS514 de M. Michel Lauzzana, AS599 de M. Hadrien Clouet, AS618 de Mme Servane Hugues, AS8 de M. Guillaume Garot, AS712 de M. Philippe Juvin, AS 511 de M. Michel Lauzzana, AS401 de M. Pierre Dharréville, AS141 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS338 de Mme Justine Gruet tombent.*

La réunion est suspendue de dix-huit heures à dix-huit heures dix.



## Après l'article 2

*Amendement AS654 de M. François Gernigon.*

**M. François Gernigon (HOR).** Cet amendement vise à encourager la stabilité et la pérennité des professionnels dans leur lieu d'exercice initial lorsque ce dernier est une zone de revitalisation rurale (ZRR) au sens de l'article 1465 A du code général des impôts. Il consiste à instaurer un mécanisme de récupération partielle des avantages fiscaux octroyés aux entreprises bénéficiant des dispositions de l'article 44 *quindecies* du même code. Ce dernier prévoit une exonération fiscale totale, pendant une durée de cinquante-neuf mois, suivie de trois périodes de douze mois d'exonérations fiscales partielles pour les entreprises exerçant une activité industrielle, commerciale, artisanale ou professionnelle telle que définie aux articles 34 et 92. Par notre amendement, nous proposons que les entreprises qui déplaceraient leur activité professionnelle dans les deux ans suivant la fin de ces périodes d'exonération soient tenues de rembourser 50 % des avantages fiscaux reçus.

**M. le rapporteur.** Nous entamons la discussion d'une série d'amendements visant à réduire voire supprimer les avantages fiscaux dont bénéficient les professionnels de santé qui s'installent en zone de revitalisation rurale. Effectivement, ces ZRR ne constituent pas un zonage de l'accès aux soins sur le territoire : la superposition de cartes différentes n'est pas efficiente.

Je comprends et partage votre préoccupation, mais je donnerai plutôt un avis favorable à des amendements ultérieurs visant à imposer un délai minimal de dix ans avant de permettre aux professionnels de santé de bénéficier à nouveau des exonérations fiscales que vous mentionnez ou d'autres aides financières versées par les collectivités locales. Cette disposition sera plus à même de décourager le nomadisme fiscal – un objectif que nous partageons tous. Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS118 de M. Luc Lamirault.*

**M. Paul Christophe (HOR).** Cet amendement vise lui aussi à freiner le nomadisme fiscal et médical préjudiciable aux patients et discriminant pour les praticiens fidèles à leur territoire. En ne permettant aux professionnels de bénéficier qu'une seule fois, durant la durée légale, de l'exonération visée, il évite la délocalisation des activités à l'issue de la période d'exonération et incite les praticiens à s'installer durablement dans leur territoire.

**M. le rapporteur.** Cet amendement vise le même objectif que le précédent. Je lui ferai donc la même réponse : je demande son retrait au bénéfice d'autres amendements que nous examinerons ultérieurement.

*L'amendement est retiré.*

**Article 2 bis (nouveau) :** *Instaurer un délai minimal de dix ans pour qu'un professionnel de santé puisse bénéficier de nouveau de certaines exonérations et aides à l'installation*

*Amendements identiques AS582 de M. Yannick Favennec-Bécot, AS586 de M. Philippe Vigier et AS590 de M. Guillaume Garot.*

**Mme Mathilde Hignet (LFI - NUPES).** Par notre amendement AS582, nous souhaitons empêcher tout abus en matière de cumul d'exonérations fiscales et d'aides à l'installation, qu'elles soient proposées par les collectivités territoriales ou par les agences régionales de santé. Plusieurs élus locaux et patients ont en effet constaté un va-et-vient de certains professionnels de santé, qui s'installent à un endroit puis se réinstallent ailleurs après avoir perçu des aides à l'installation ou bénéficié d'exonérations fiscales au titre de l'exercice en ZRR. Un tel comportement nuit à la continuité du suivi des patients, exacerbe la concurrence entre territoires pour l'installation de soignants et constitue un dévoiement de l'objet de ces aides et exonérations. Ces dernières visent à soutenir les praticiens ayant fait le choix de s'installer dans une zone sous-dotée médicalement ou isolée, pas de subventionner des installations et départs répétés.

**Mme Maud Petit (Dem).** L'amendement AS586 est défendu.

**M. Guillaume Garot (SOC).** L'amendement AS590 est issu de notre groupe de travail transpartisan. Nous constatons tous que les inégalités dans l'offre de soins à l'échelle nationale aggravent les phénomènes de concurrence entre territoires. Or cette concurrence peut être délétère lorsque certains praticiens tirent profit de la désertification médicale pour faire monter les enchères. Il nous semble indispensable de mettre fin à ces abus manifestes et de réintroduire dans le système de l'ordre, de la raison ainsi qu'une forme d'éthique. Aussi souhaitons-nous limiter ou encadrer – c'est une forme de régulation – le cumul d'exonérations fiscales et d'aides à l'installation afin d'éviter tout dévoiement de ces dernières et de garantir une utilisation saine de l'argent public.

**M. le rapporteur.** J'observe qu'un consensus se dégage, au sein de notre commission, pour que soient mieux encadrées ces aides à l'installation des professionnels de santé, qui ont pris un poids important. Mme Hignet et M. Garot ont évoqué les mécanismes de perversion du système et de nomadisme médical que nous constatons tous dans nos territoires respectifs : certains médecins adoptent des comportements de mercenaires qui contreviennent aux objectifs des aides qui leur sont apportées tant dans le cadre de la solidarité nationale que par le contribuable local.

Je donne donc un avis favorable à ces amendements très bien écrits.

**M. Philippe Vigier (Dem).** La Cour des comptes a publié un rapport au vitriol sur les aides mises en place dans un certain nombre de territoires. On s'est aperçu que des médecins étaient pris de nomadisme, allant jusqu'à déménager tous les cinq ans de l'autre côté de la rue. J'ai ainsi connu une ville dans laquelle l'exonération s'appliquait d'un côté d'une rue et non de l'autre : un médecin a alors changé d'adresse, s'installant dans la maison d'en face. Au-delà de l'aide à l'installation de 50 000 euros, les finances nationales sont mises à contribution, du fait de l'exonération fiscale pendant cinq ans, de même que celles de nombreuses collectivités territoriales qui accordent des financements spécifiques – je pense par exemple à des mécanismes de loyer gratuit – conduisant parfois à une surenchère. En votant ces amendements importants, nous enverrons donc un très beau message : la commercialisation de telles aides ne

peut se faire dans n'importe quelles conditions. Qu'il faille adopter des dispositifs fiscaux pour mieux accompagner l'installation des professionnels de santé en ZRR, soit, mais à condition qu'ils soient encadrés. Je me réjouis que nous ayons trouvé un consensus sur cette question essentielle.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Autant je suis farouchement opposé à tout ce qui porte atteinte à la liberté d'installation, autant j'approuve cette mesure proposée par mes collègues. Dans certains territoires, on a l'impression de voir apparaître en médecine libérale un phénomène similaire à celui des intérimaires à l'hôpital. Il faut le maîtriser. Ces aides à l'installation sont certes nécessaires, mais les médecins exerçant depuis longtemps dans les territoires concernés n'en ont pas moins besoin. Ils me semblent être pourtant les oubliés du dispositif. Nous devons aussi faire quelque chose pour eux.

La réunion est suspendue de dix-huit heures vingt à dix-huit heures trente.

**M. Yannick Neuder (LR).** M. Vigier a évoqué des médecins qui n'utiliseraient pas correctement les aides perçues. Il ne faut quand même pas noircir le tableau : certaines collectivités locales, départements ou régions, ont permis de nombreuses installations de médecins. Il est vrai que l'exception confirme la règle et qu'il est arrivé que des médecins ne respectent pas leurs engagements ; cela dit, pendant les sept années où j'ai exercé les fonctions de vice-président du conseil régional d'Auvergne-Rhône-Alpes chargé de la santé, ce type de comportement est resté très exceptionnel. Alors que nous avons connu trente ans de déshérence et de mauvaise gestion de la santé, il ne faudrait pas tomber dans une vision un peu simpliste et désigner un peu trop facilement des coupables. Je ne voudrais pas que l'opprobre soit jeté sur l'ensemble des soignants, qui font de leur mieux malgré les conditions difficiles.

**M. Paul Christophe (HOR).** Les phénomènes de nomadisme médical et fiscal existent : sans stigmatiser qui que ce soit ni prétendre que de tels comportements se sont généralisés, il nous semble important de répondre à cette question. François Gernigon et moi-même avons déposé des amendements que nous avons retirés, à l'invitation de M. le rapporteur, au profit des trois amendements identiques dont nous discutons actuellement.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Monsieur Neuder, je ne suis pas là pour désigner des boucs émissaires. Cependant, vous savez comme moi qu'il y a eu des dérives, pas seulement chez les médecins d'ailleurs – je pense à d'autres professionnels de santé.

Ces amendements identiques, auxquels le rapporteur a bien voulu donner un avis favorable, sont calqués sur une disposition relative aux aides économiques destinées aux commerces que ceux qui ont eu la chance d'être maires connaissent bien : lorsqu'une collectivité accorde une aide au maintien d'un commerce de proximité, un remboursement partiel est exigé en cas de cession de ce dernier dans un délai de dix ans. Il s'agit de faire preuve de responsabilité. Je vous invite à relire le rapport de la Cour des comptes que j'ai cité tout à l'heure.

Le président de ma propre région, lui aussi confronté à des difficultés majeures que Stéphanie Rist connaît aussi bien que moi, a réussi à recruter trente-sept médecins salariés. Parmi ceux-ci, quatorze viennent du secteur privé : ils ne se sont parfois déplacés que de quelques kilomètres. Nous devons donc trouver collectivement les bons équilibres : des mesures plus efficaces d'incitation et d'accompagnement, telles que la mise en place d'un guichet unique, sont bien sûr attendues, mais il faut aussi définir quelques règles, un encadrement visant à éviter les dérives. J'en ai connu dans mon territoire : je ne citerai pas de

cas concrets ici, mais si certains collègues souhaitent échanger à ce sujet avec moi, je le ferai bien volontiers.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** On ne peut pas soupçonner les auteurs de ces amendements de nourrir une quelconque hostilité à l'encontre des élus locaux ou des professionnels de santé, ni même de vouloir jeter l'opprobre sur qui que ce soit. Ils mettent en avant un argument de bon sens : on assiste à un phénomène non optimal de concurrence entre les collectivités, qui mettent sur la table des montants de plus en plus importants pour attirer les professionnels de santé. La semaine dernière encore, l'Association des petites villes de France présentait cette difficulté comme l'un des problèmes majeurs auxquels sont confrontés les élus locaux. Par ailleurs, nous savons que ce n'est pas à proprement parler l'aide financière qui incite les professionnels de santé à s'installer quelque part, mais plutôt l'intérêt de l'activité, le cadre d'exercice, les services publics maintenus et la présence de collègues sur place – tous ces éléments plaident pour un encouragement de l'exercice collectif et une régulation de l'installation. Les amendements dont nous discutons concourent à l'intérêt général et ne méritent pas tant de vindicte : ils visent à conserver, dans les aides, ce qui ne pose pas problème aux élus locaux ni aux professionnels de santé.

**M. le rapporteur.** Je le répète, ces amendements tout à fait opportuns et consensuels ne visent pas à montrer du doigt tel ou tel acteur, mais à circonscrire et à lutter contre un phénomène de nomadisme médical que l'on connaît partout et qui ne donne pas une image très positive des professions concernées – à l'instar de l'intérim médical à l'hôpital évoqué par M. Colombani. Sans trahir de secret, je peux vous dire que ces amendements recevront le soutien du Gouvernement. Ils méritent de recueillir l'assentiment général, en reconnaissance du travail effectué depuis quelques mois par ce groupe transpartisan.

*La commission adopte les amendements.*

## **Après l'article 2**

*Amendement AS658 de M. Jérémie Patrier-Leitus.*

**M. le rapporteur.** Nous avons déjà adopté une série d'amendements visant à lutter contre le nomadisme fiscal. Demande de retrait.

*L'amendement est retiré.*

**Article 2 ter (nouveau) :** *Ouvrir aux maisons de santé et cabinets libéraux en zones sous-denses le bénéfice de la mise à disposition des fonctionnaires*

*Amendements identiques AS272 de M. Paul Christophe et AS681 de M. Laurent Marcangeli.*

**M. Paul Christophe (HOR).** Mon amendement est issu des travaux du sénateur Dany Wattebled. La commission des affaires sociales du Sénat et le Gouvernement avaient donné un avis favorable au dispositif proposé, qui a pour objet de faire bénéficier les maisons de santé et les cabinets libéraux de la mise à disposition de fonctionnaires territoriaux dans les zones sous-denses. Cette mise à disposition donnerait obligatoirement lieu au remboursement du salaire du fonctionnaire et des cotisations sociales afférentes. C'est une aide facultative, temporaire et exceptionnelle, limitée à trois mois, renouvelable deux fois et conditionnée à une arrivée récente sur le territoire. C'est un outil supplémentaire à destination des collectivités territoriales dans la lutte contre les déserts médicaux.

**M. le rapporteur.** Je suis cosignataire de l'amendement AS681. Cette mesure serait utile, comme l'ont montré les expérimentations. Favorable.

*La commission adopte les amendements.*

## **Après l'article 2**

*Amendement AS219 de M. Timothée Houssin.*

**M. Timothée Houssin (RN).** Cet amendement d'appel vise à créer un site internet national regroupant les dispositifs d'incitation à l'installation des personnels soignants. L'objectif est double : accroître la lisibilité de l'information, alors que les différents niveaux de collectivités proposent une grande variété d'offres, et éviter que les collectivités ne se livrent à la concurrence. Les petites communes peinent à faire connaître les dispositifs qu'elles ont institués, tandis que les plus grandes engagent parfois des frais importants en recourant, par exemple, à des chasseurs de tête.

**M. le rapporteur.** L'idée est intéressante, mais la rédaction devrait être améliorée. Vous ne citez pas l'assurance maladie, alors qu'elle détient probablement la plus grande base de données existante en France. Par ailleurs, nous avons adopté la logique du guichet unique départemental pour permettre aux professionnels de santé de disposer d'informations riches et fiables sur l'installation. Dans la mesure où il s'agit d'un amendement d'appel, vous aurez certainement à cœur de poser la question au ministre en séance.

Demande de retrait ou défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS445 de M. Yannick Neuder.*

**M. Yannick Neuder (LR).** Cet amendement vise à décroiser le médico-social et le sanitaire dans une logique de parcours. Beaucoup d'hospitalisations sont prolongées, non en raison de problèmes sanitaires ou médicaux mais pour des questions de prise en charge sociale ou médico-sociale à domicile. En mettant l'accent sur le projet de santé global dans le cadre des parcours, grâce au décroisement, l'amendement vise à éviter que des hospitalisations soient rendues nécessaires par une mauvaise prise en charge des besoins médico-sociaux.

**M. le rapporteur.** Les objectifs que vous fixez sont louables et sont d'ailleurs au cœur de notre modèle de protection sociale. Certes, l'application des principes est parfois imparfaite, mais votre amendement n'apporterait rien à l'organisation juridique actuelle de notre système de protection sociale. Je vous invite à le retirer ; à défaut, l'avis serait défavorable.

**M. Yannick Neuder (LR).** Je ne partage pas votre point de vue. Le cadre légal précise les deux types de prise en charge mais ne prévoit aucune fongibilité, en particulier concernant les enveloppes. Si on ne commence pas à le faire, ne serait-ce qu'à titre expérimental, on n'avancera jamais sur ce sujet.

**M. le rapporteur.** Nous devons avoir ce débat lors de l'examen du PLFSS. C'est par l'évolution des modes de financement et des tarifications qu'on arrivera à rapprocher l'accompagnement des professionnels et à développer la coordination entre les acteurs.

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 2 quinquies (nouveau) :** *Étendre les missions des guichets uniques départementaux à l'accompagnement des professionnels de santé*

*Amendements identiques AS69 de M. Joël Aviragnet, AS329 de M. Guillaume Garot, AS549 de M. Yannick Favennec-Bécot et AS565 de Mme Delphine Batho, amendement AS693 de M. Benoit Mournet (discussion commune).*

**M. Joël Aviragnet (SOC).** Mon amendement vise à créer un indicateur territorial de l'offre de soins (Itos), qui serait élaboré conjointement par les services de l'État en cohérence avec les territoires de santé et en lien avec les CPTS. Il dresserait une cartographie précise, par bassin de vie, de la répartition de l'offre de soins sur le territoire français. Les tableaux relatifs à la densité en médecins généralistes par département n'ont aucun sens. Ainsi, on compte dix fois plus de spécialistes à Toulouse que dans le sud de la Haute-Garonne. Il faut effectuer des évaluations par bassin de vie.

**M. Guillaume Garot (SOC).** C'est un amendement très important. En effet, il y a souvent des batailles de chiffres. Certains vont même jusqu'à contester les inégalités entre territoires en matière d'offre de soins, alors que celles-ci sont parfaitement documentées. On compte, par exemple, trois fois plus de généralistes par habitant dans les Hautes-Alpes que dans l'Eure, trois fois plus de dermatologues à Paris que dans la Nièvre, ou encore dix-huit fois plus d'ophtalmologues à Paris que dans la Creuse. On doit consolider ces données pour vérifier et objectiver la réalité des déserts médicaux. L'amendement vise à doter la puissance publique d'un indicateur précis reposant sur la démographie et pondéré par des données sociales et des informations relatives à la prévalence de certaines pathologies. On pourrait ainsi agir efficacement en anticipant les besoins à un horizon de trois à cinq ans, ce qui permettrait de piloter des politiques locales de santé et d'accès aux soins.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Cet indicateur constituerait en effet un outil de pilotage des politiques publiques, dont l'efficacité se trouverait renforcée.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Par l'amendement AS565, nous souhaitons créer un indicateur pour pouvoir établir des comparaisons entre territoires et échelons territoriaux – communes, bassins de vie, départements, régions... – en matière d'offre de soins effective. Il s'agit de déterminer à quel point la santé est un privilège lié au lieu de naissance et de résidence. L'indicateur ne serait pas seulement descriptif mais aussi dynamique : il évoluerait, d'une année sur l'autre, en fonction de l'évolution des pathologies, de l'installation de professionnels de santé, des besoins... Cela permettrait de mettre tout le monde à niveau.

**M. le rapporteur.** C'est un sujet essentiel, car l'appréciation de la situation pêche par l'absence d'outils permettant une évaluation objectivée et réalisée selon les mêmes critères d'un territoire à l'autre. Les indicateurs définis au niveau national doivent être pondérés et appréciés à l'échelon territorial. Nous avons tous besoin d'avoir une vue précise de la situation mais aussi de pouvoir établir des comparaisons avec des territoires voisins, plus éloignés ou dont on pense qu'ils ont des caractéristiques proches des nôtres.

Cela étant, je ne suis pas sûr que l'appareil statistique de l'État soit en mesure d'actualiser annuellement l'évolution des données. Par ailleurs, la cartographie mérite réflexion. Nous souhaitons faire du territoire de santé l'échelon de référence de la politique de santé territorialisée, qu'elle concerne la permanence des soins, la prévention, l'accès aux soins, les stratégies de coopération entre professionnels, la meilleure répartition de l'offre de soins... Progressivement, le territoire de santé doit devenir la maille de la réflexion commune, et il faut

penser ce nouvel indicateur à cette échelle. Je vous propose de retirer vos amendements afin que l'on puisse bâtir un indicateur de manière consensuelle. Je m'engage à ce que l'on étudie le sujet, en recherchant un consensus avec le Gouvernement, qui est ouvert aux propositions.

**M. Guillaume Garot (SOC).** Je vous propose, pour ma part, de soumettre les amendements au vote et, sur cette base, d'affiner les choses.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Souvent, en effet, on ne dispose pas de chiffres annuels. La Drees transmet parfois les données avec un décalage de trois, quatre ou cinq ans. Nous pouvons retravailler cet outil d'ici à la séance, mais votons-le afin d'avoir un matériau sur lequel s'appuyer.

**M. Yannick Neuder (LR).** Je ne suis pas sûr de l'utilité des indicateurs et des ratios globaux. Il importe, à mes yeux, que les territoires puissent faire remonter les besoins, en particulier en formation, compte tenu de la densité de médecins spécialistes et généralistes. Cela permettrait d'opérer localement des adaptations plus précises sur les *numerus apertus*.

**M. Jean-François Rousset (RE).** Il faut en effet savoir à quoi serviront les indicateurs ; il n'est pas si simple de le deviner. Il est important d'avoir une vision de l'installation et de la présence des spécialistes dans nos territoires – à Paris, c'est surtout le nombre de généralistes qu'il faut prendre en compte. Toutefois, il faut affiner les choses, car, dans certaines spécialités, les médecins doivent se regrouper pour mutualiser l'achat de matériel. Il faut aussi prendre en compte les distances d'un point à l'autre du département.

**M. Guillaume Garot (SOC).** Au cours de la séance de travail que nous avons eue avec le rapporteur, nous avons accepté certaines de ses demandes pour assurer le lien avec les CPTS. Nous avons veillé à construire un compromis exigeant et positif. Nous vous proposons à présent de le ratifier tous ensemble.

**M. le rapporteur.** Je m'en remets à la sagesse de la commission mais je voudrais que l'on s'engage à travailler à une rédaction plus ajustée.

**M. Yannick Neuder (LR).** Les patients demandent une meilleure prise en charge et les professionnels de santé une amélioration de la répartition du travail. En votant un indicateur, on se fait plaisir mais, en pratique, on ne règle pas grand-chose. Il faut avant tout assurer une meilleure remontée des besoins locaux, ce qui permettrait à chaque faculté de mieux calibrer le nombre de places nécessaire, à l'aide de contingents territoriaux. Cela requiert sans doute un certain degré de décentralisation.

**M. Paul Christophe (HOR).** Nous doutons un peu, nous aussi, de l'utilité de l'indicateur, tel qu'il est construit, eu égard aux disparités territoriales. Dans le département du Nord, par exemple, qui s'étire, le long de la frontière, sur 200 kilomètres de long, il sera difficile de déterminer un indicateur territorial, de savoir comment le pondérer, en faire un usage efficace et évaluer sa portée. Je ne suis pas sûr, à l'instar de M. Neuder, que cela permette d'améliorer l'offre, ce qui est notre ambition. Ne perdons pas trop de temps sur des artifices et privilégions l'efficacité.

**M. le rapporteur.** L'intention est intéressante et l'outil est certainement nécessaire, mais il conviendrait de parvenir, d'ici à la séance, à une construction consensuelle. La rédaction actuelle me laisse très dubitatif. Ce n'est pas parce que l'on prévoit l'annualité qu'on la rendra possible. Veillons à ne pas voter des mesures déconnectées de nos capacités.

Je vous invite à retirer vos amendements que, personnellement, je ne voterai pas.

*La commission **adopte** les amendements identiques.*

*En conséquence, l'amendement AS693 **tombe**.*

**Article 2 quater (nouveau) :** *Reculer la limite de l'âge du cumul emploi-retraite à 72 ans pour les médecins et infirmiers salariés des centres de santé*

*Amendement AS679 de M. Jérémie Patrier-Leitus.*

**M. Paul Christophe (HOR).** L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur, la commission **adopte** l'amendement.*

**Article 2 sexies (nouveau) :** *Créer un indicateur territorial de l'offre de soins*

*Amendements identiques AS68 de M. Joël Aviragnet, AS366 de M. Fabrice Brun, AS533 de M. Guillaume Garot, AS548 de M. Philippe Vigier et AS564 de M. Yannick Favennec-Bécot.*

**M. Joël Aviragnet (SOC).** Mon amendement vise à préciser les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 qui portent création, dans chaque département, d'un guichet unique d'information et d'orientation à destination des professionnels de santé, sous l'égide de l'ARS. Ce guichet unique a pour objectif d'accompagner les professionnels de santé dans leurs démarches administratives au cours de leur carrière et, ainsi, de dégager plus de temps médical.

**M. Dino Cinieri (LR).** L'amendement AS366 vise à libérer du temps médical et à renforcer l'attractivité des carrières médicales en créant un point d'entrée et d'accompagnement unique vers lequel se tourner à tout moment. Il a été élaboré en lien avec le groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux.

**M. Guillaume Garot (SOC).** Les amendements du groupe de travail transpartisan visent à actionner différents leviers contre la désertification médicale. Il s'agit, en l'occurrence, de jouer sur le temps médical. Nous souhaitons épargner des démarches aux médecins qui ont un projet d'installation, une difficulté administrative, etc. Nous proposons un guichet unique à l'attention de l'ensemble des professionnels de santé, afin de créer un esprit collectif à l'échelle d'un territoire, en particulier d'un département. Élus, administrations et médecins doivent faire front commun pour que chacun puisse travailler dans les meilleures conditions possibles.

**M. Philippe Vigier (Dem).** La proposition que nous formulons est beaucoup plus large que le dispositif institué par la LFSS 2023 pour améliorer l'installation des jeunes professionnels. En effet, nous proposons d'accompagner les professionnels tout au long de leur carrière. Le guichet unique permettra d'éviter l'éparpillement de mesures aujourd'hui décidées par les différents niveaux de collectivités. En outre, il favorisera l'installation du jeune professionnel en lui proposant un accompagnement qui pourra également concerner sa compagne ou son compagnon. Nous devons être très réactifs en la matière.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** On sait qu'il y a trois fois plus de dermatologues par habitant à Paris qu'en Haute-Garonne, et trois fois plus en Haute-Garonne qu'en Aveyron. L'objectif est de lever des obligations technocratiques tatillonnes – imposant, parfois, le



passage par une dizaine de guichets – qui empêchent les professionnels de santé volontaires de s’installer dans certains territoires. L’instauration d’un guichet unique simplifierait le parcours des personnes mais aurait aussi des effets bénéfiques sur le fonctionnement administratif. Par l’amendement AS564, le groupe de travail transpartisan a souhaité donner davantage d’ampleur à une mesure de la LFSS 2023.

**M. le rapporteur.** Il faut en effet étendre le dispositif créé par la LFSS 2023. Il convient d’améliorer l’information et l’accompagnement des professionnels de santé, ainsi que de rationaliser les démarches. L’objectif premier est de servir les professionnels tout au long de leur carrière ou de leur exercice. C’est une avancée très intéressante, à laquelle je suis favorable.

*La commission adopte les amendements.*

## **Après l’article 2**

*Amendements identiques AS385 de M. Stéphane Viry, AS425 de Mme Josiane Corneloup et AS495 de M. Guillaume Garot.*

**M. Dino Ciniéri (LR).** L’article 38 de la dernière LFSS a prévu l’instauration d’un guichet unique départemental d’accompagnement à l’installation des professionnels de santé auprès de chaque ARS.

Or, pour favoriser et coordonner l’installation de médecins, en particulier dans les déserts médicaux, de nombreux éléments entrent en compte, tels que le logement, la mobilité, les structures de santé, etc.

C’est pourquoi il convient par l’amendement AS385 d’associer à ce guichet unique, outre les instances territorialement compétentes des ordres professionnels concernés, les collectivités, en particulier les départements, ainsi que la caisse primaire d’assurance maladie (CPAM). Cet ajout est cohérent avec l’esprit de la proposition de loi, qui entend associer ces acteurs à la définition du diagnostic en matière d’offre de soins.

**M. Yannick Neuder (LR).** Les mesures d’accompagnement ont leur importance et l’adoption de l’amendement AS425 serait une bonne chose. Toutefois, je répète que l’existence de déserts médicaux, tout comme le fait que 600 000 Français n’aient pas de médecin traitant, est essentiellement due à un problème de démographie médicale – et pas d’abord à un problème de logement ou d’accompagnement. Il importe de s’attaquer au cœur du sujet.

Par ailleurs, pour revenir à l’exemple des dermatologues, qui sont surreprésentés en région parisienne et quasi absents dans d’autres, veillons tout de même à ne pas trop les contraindre : si l’on oblige des dermatologues à s’installer là où ils ne le souhaitent pas, certains d’entre eux préféreront décrocher leur plaque et, finalement, on aura des dermatologues en moins.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Le guichet unique ne contraint personne. Chaque année, dans mon département d’Eure-et-Loir, les internes en médecine me disent qu’ils ont besoin d’un outil unique, à l’échelle départementale, pour les accompagner tout au long de leur vie professionnelle : c’est l’objet de ce guichet, qui va leur faciliter la vie, pas les contraindre à quoi que ce soit.

**M. Guillaume Garot (SOC).** Il s'agit d'associer les collectivités, en particulier les départements, mais aussi la CPAM, au guichet unique départemental placé auprès de chaque ARS en vue de favoriser l'installation des professionnels de santé.

Le guichet doit faciliter les démarches administratives, mais pas seulement : il concerne aussi l'accès au logement, la mobilité, l'accès à l'éducation pour les enfants, etc. C'est un service que nous voulons rendre à l'ensemble des professionnels de santé.

**M. le rapporteur.** Votre intention est louable, mais la rédaction de ces amendements me semble décalée. Il va de soi que ce guichet unique, pour être efficace, devra associer l'ensemble des acteurs concernés, mais vos amendements ne mentionnent que le département. Or celui-ci n'est pas compétent, par exemple, en matière de logement – puisque c'est l'un des points que vous avez évoqués. On se demande par ailleurs pourquoi vous ne mentionnez que le département, et pas d'autres collectivités locales, comme les intercommunalités ou la région. Quant à la CPAM, elle sera, de fait, associée à ce guichet. Cela relève du bon sens et il ne me semble donc pas utile de le préciser.

Je ne suis pas favorable à ces amendements, car je ne pense pas qu'il faille apporter davantage de précisions, surtout si elles sont incomplètes.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Ces amendements me paraissent très intéressants et je ne comprends pas bien, monsieur le rapporteur, pourquoi vous estimez qu'ils ne nous feront pas gagner en efficacité.

**M. le rapporteur.** Je le répète : le conseil départemental n'a pas toutes les compétences. Par ailleurs, pourquoi mentionner le département, et pas l'agglomération ou la région ? Vous venez de nous dire, monsieur Vigier, que chez vous, la région avait eu un rôle moteur dans l'accompagnement à l'installation des médecins. Le département n'étant que l'un des acteurs, on voit mal pourquoi lui seul serait mentionné.

Par ailleurs, le guichet unique sera, par définition, construit avec l'ensemble des parties prenantes, c'est-à-dire des collectivités locales : la région, le département, l'intercommunalité, voire les communes. Je ne suis pas certain qu'il faille toujours préciser les choses, surtout quand ces précisions sont incomplètes.

*La commission rejette les amendements.*

**Article 2 septies (nouveau) :** *Prévoir une actualisation annuelle des zonages relatifs à l'offre de soins réalisés par les agences régionales de santé*

*Amendements identiques AS59 de M. Yannick Neuder, AS274 de M. Francis Dubois, AS350 de M. Paul-André Colombani, AS398 de M. Pierre Dharréville, AS683 de Mme Maud Petit et AS690 de M. Jérémie Patrier-Leitus.*

**M. Yannick Neuder (LR).** Il importe de donner un caractère dynamique au zonage relatif à l'offre de soins établi par les ARS – dont je rappelle qu'il a un effet direct sur le niveau d'aides perçues. Il est évident qu'un médecin de 30 ans exercera plus longtemps qu'un médecin de 62, 63 ou 64 ans : il faut donc en tenir compte lorsqu'on établit le zonage. Si ce dernier n'est révisé que tous les quatre ans, on ne constate que tardivement qu'un grand nombre de médecins est parti à la retraite dans l'intervalle. Nous proposons donc que ce zonage soit réalisé annuellement, pour tenir compte de l'évolution et du vieillissement du corps médical.

**M. Dino Ciniéri (LR).** En constante évolution, l'offre de soins est marquée par le vieillissement des professionnels et les nombreux départs à la retraite, notamment chez les médecins, comme le soulignent les dernières données de la Drees. Et pourtant, rien, dans le code de la santé publique, ne concerne le délai de révision du zonage.

Si la dernière révision a eu lieu en 2022 dans la majorité des territoires, la précédente datait de 2018. Cet intervalle de quatre ans ne permet pas de refléter l'évolution rapide de la démographie des professionnels de santé et limite l'actualisation des aides au plus près des besoins. Nous proposons donc par l'amendement AS274 une actualisation annuelle du zonage, afin de pouvoir informer régulièrement les acteurs concernés de l'évolution de l'offre de soins sur leur territoire.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Le zonage relatif à l'offre de soins réalisé par les ARS permet de définir les territoires les plus en difficulté. De ce travail dépend l'éligibilité à différentes aides financières, ce qui impacte l'attractivité des territoires concernés.

Mais il faut tenir compte aussi du vieillissement de la population des médecins et des spécificités territoriales. Lorsque dix médecins partent à la retraite à Paris, cela n'a sans doute pas de grandes conséquences sur le zonage. En revanche, cela peut faire basculer un territoire isolé du mauvais côté.

Il faut également prendre en considération le changement de pratiques chez les jeunes générations : on a coutume de dire que pour remplacer 1 ancien, il faut 2,2 nouveaux. Le critère du nombre de médecins par habitant paraît donc un peu dépassé. Il faudrait peut-être lui préférer celui du nombre d'actes.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Mon amendement, issu de propositions de l'Association nationale des étudiants en médecine de France, de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale et du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants, vise à garantir une révision annuelle du zonage relatif à l'offre de soins. Il importe de disposer d'un zonage au plus près de la réalité, permettant l'attribution des aides financières nécessaires et soutenant l'attractivité des territoires en matière d'installation des professionnels de santé. À l'heure actuelle, le code de la santé publique ne prévoit aucune temporalité relative à la révision de ce zonage. Certains zonages datent de 2022 mais d'autres remontent à 2018. Nous proposons donc qu'ils soient réévalués chaque année.

**Mme Maud Petit (Dem).** Mon amendement propose une actualisation annuelle des zonages, afin de pouvoir informer régulièrement les acteurs concernés de l'évolution de l'offre de soins sur leur territoire. En effet, les zonages relatifs à l'offre de soins réalisés par les ARS permettent de définir les territoires les plus en difficulté. De ce travail dépend l'éligibilité à différentes aides financières, impactant de ce fait l'attractivité des territoires concernés. L'évolution de l'offre de soins est constante et particulièrement marquée par le vieillissement des professionnels avec de nombreux départs à la retraite, notamment chez les médecins.

On peut ainsi prendre comme exemple la diminution substantielle du nombre de gynécologues médicaux : en 2018, il en restait moins de 1 000 sur l'ensemble du territoire français. Si, depuis, ce chiffre est en augmentation, l'âge moyen des praticiens de cette spécialité est de 51 ans. Il est impératif, pour cette spécialité, comme pour de nombreuses autres, d'être attentif aux évolutions pour prévenir d'éventuelles difficultés d'accès aux soins. Pourtant, le code de la santé publique ne prévoit actuellement aucune temporalité relative à la révision des zonages. Ainsi, si la dernière révision date de 2022 dans la majorité des territoires,

la précédente datait de 2018. Cet intervalle de quatre ans ne reflète pas l'évolution rapide de la démographie des professionnels de santé et limite l'actualisation des aides au plus près des besoins.

**M. Jérémie Patrier-Leitus (HOR).** Mes collègues ayant déjà parfaitement exposé l'objet de ces amendements, je me contenterai de prendre un exemple, celui de la région de Livarot. Ce territoire, qui comptait un grand nombre de médecins, est devenu en quelques mois un désert médical. Si nous voulons pouvoir définir en temps réel les territoires qui présentent le plus de difficultés en matière d'accès aux soins, il faut une actualisation annuelle de ces indicateurs.

**M. le rapporteur.** J'ai du mal à imaginer que notre appareil statistique soit capable de produire chaque année des données fiables. Or elles doivent absolument l'être, puisqu'elles déterminent un certain nombre d'aides. Il se peut qu'un délai de quatre ans soit trop long, mais je pense qu'un an, c'est trop court. La vérité se situe peut-être entre les deux.

Par ailleurs, comme je l'ai déjà dit à propos d'un amendement qui proposait de revoir le périmètre des territoires de santé tous les ans, il me semble que les stratégies de santé ne peuvent pas être pilotées sur un temps aussi court qu'une année, car elles impliquent de nombreux acteurs et des changements de pratiques qui nécessitent une certaine durée.

Les départs à la retraite sont une réalité et il est vrai que les nouvelles générations ont une autre manière de gérer leur carrière professionnelle : il faut tenir compte de ces données, mais, je le répète, une révision annuelle me paraît illusoire.

Je vous invite donc à retirer vos amendements et à travailler, d'ici à la séance, à un amendement qui proposerait une échéance intermédiaire, tous les deux ou trois ans. Il faut aussi laisser du temps aux collectivités locales qui vont se mobiliser et mettre en place des aides. Cela fait écho au débat que nous avons eu au sujet de l'Itos : je ne conteste pas son intérêt sur le fond, mais il faut le rendre le plus pratique possible.

**M. Yannick Neuder (LR).** Je pense tout de même que la prise en compte du critère d'âge doit être faisable, car tous les médecins qui exercent et qui sont pris dans les statistiques des ARS sont inscrits au Conseil national de l'Ordre des médecins : on a donc leur date de naissance.

Par ailleurs, notre objectif est de disposer d'un diagnostic fiable, pas forcément d'adapter les stratégies de façon immédiate. L'important, c'est de ne pas s'endormir sur des courbes qui semblent montrer que tout va bien pour se retrouver, trois ans plus tard, avec 50 % de médecins à la retraite. On sait bien qu'il faut du temps pour mettre en place les maisons médicales et les CPTS ; nous proposons simplement que les décideurs, c'est-à-dire les collectivités locales, disposent des données les plus fiables sur la démographie médicale. Il s'agit d'aider les collectivités, qui décident de l'attribution des aides en fonction des cartes fournies par les ARS. Il n'y a pas grand risque à les actualiser : c'est une aide à la décision.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je soutiendrai ces amendements. Vous pensez vraiment que nous ne serions pas capables, en France, de compiler des informations sur nos quelques milliers de professionnels de santé et de voir ce qui se passe, année après année ? Franchement, ce n'est pas très compliqué. Au sein de notre CPTS, qui compte 222 membres, nous avons fait une cartographie, avec la date de naissance et les souhaits de chacun. Cela permet d'anticiper les choses et de mettre en œuvre des politiques publiques efficaces.

Cela fait effectivement écho à la discussion que nous avons eue à propos de l'Itos. Dans mon département, cela fait cinq ans que j'attends les modifications du zonage de l'ARS pour les kinésithérapeutes. Je me suis fracassé avant vous sur les fameuses enquêtes de la Drees. Avec les conseils de l'Ordre, avec les collectivités et les CPTS, nous avons tous les éléments d'appréciation nécessaires. Du reste, faire une révision chaque année, c'est beaucoup moins lourd que d'en faire une tous les trois ou quatre ans.

**M. Thierry Frappé (RN).** Je soutiendrai moi aussi ces amendements, puisqu'ils vont dans le sens de l'amendement AS100 que j'ai défendu à l'article 1<sup>er</sup>, qui proposait de redéfinir le zonage tous les ans – mon amendement de repli AS101 proposait que cette révision ait lieu tous les deux ans. Actuellement, le délai est plutôt de trois ans, voire quatre, à cause du covid – c'est du moins l'excuse qui avait été donnée.

**Mme la rapporteure générale.** Les maires nous interpellent au sujet du zonage, notamment parce qu'il peut créer des distorsions entre deux communes situées à quelques kilomètres : ils ne comprennent pas pourquoi on fait une différence entre elles, alors que les difficultés concernent l'ensemble du territoire. On attend du zonage qu'il nous dise qu'on est en difficulté, alors qu'on sait déjà tous très bien qu'on est en difficulté.

Ce zonage permet d'identifier des territoires auxquels il convient d'accorder des aides financières. Tout l'intérêt de cette proposition de loi est de permettre aux élus et aux professionnels d'échanger sur ces difficultés au sein du CTS et de faire des projections. En effet, qui, mieux que les professionnels, savent s'il faut recruter ou anticiper des départs ?

Il est clair que nous n'arriverons pas à avoir des données annuelles, parce qu'il faut du temps pour faire remonter les informations. Par ailleurs, je le répète, les CTS pourront vraiment proposer les niveaux d'aides nécessaires, parce qu'ils auront une meilleure connaissance des territoires.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Monsieur le rapporteur, vous nous dites que, dans les bureaux, on ne pourra pas obtenir des données annuellement. Nos concitoyens ont pourtant besoin que nous soyons réactifs sur ces questions. On est au XXI<sup>e</sup> siècle !

On a des zones vertes, correctement dotées, qui sont peu nombreuses, des zones orange en difficulté et des zones rouges où il n'y a plus rien. Si l'on attend que les zones orange basculent dans le rouge pour agir, on perd des chances de réadapter le territoire ! Ne dites pas que, dans les bureaux, on n'a pas le temps de faire ce qu'il faut en un an.

**Mme la rapporteure générale.** Monsieur Colombani, il y a quand même un principe de réalité : il faut connaître le nombre d'habitants, qui évolue et qu'on ne connaît qu'à l'occasion du recensement. Si ces amendements sont votés, ils ne pourront pas s'appliquer.

**M. le rapporteur.** J'ai l'impression que nous ne parlons pas tous de la même chose. Si j'ai bien compris, ces amendements portent sur les indicateurs produits par les ARS à l'échelle d'une commune, voire de plusieurs communes. Les zones considérées comme un désert médical bénéficient alors d'un certain nombre d'aides.

Monsieur Frappé, vos amendements AS100 et AS101 concernaient quant à eux les territoires de santé, c'est-à-dire un zonage beaucoup plus large, qui correspond presque à un bassin de vie : un département, un demi-département, une métropole, etc. Or la révision annuelle du périmètre des territoires de santé entraînerait une instabilité des politiques

publiques. C'est ce que je vous ai indiqué, lorsque nous les avons examinés, à l'article 1<sup>er</sup>. Les amendements que nous examinons concernent un zonage beaucoup plus restreint, puisqu'ils sont à l'échelle de la commune.

Monsieur Colombani, je n'ai jamais dit qu'il ne fallait pas déranger les fonctionnaires en les sollicitant trop souvent. Je me suis seulement demandé si notre appareil statistique était capable de produire tous les ans des statistiques fiables, susceptibles d'être une aide à la décision. Je n'ai pas la réponse et je veux bien poser la question au ministre. Je répète qu'un délai de l'ordre de deux ou trois ans me semblerait préférable, car le pilotage des politiques publiques nécessite du temps.

**M. Yannick Neuder (LR).** Monsieur le rapporteur, ne vous méprenez pas : ce que nous proposons, ce n'est pas de redéfinir les périmètres constamment, ni de procéder en permanence au comptage des populations. Nous voulons seulement que les collectivités disposent d'une aide à la décision la plus proactive possible : ce sera le cas si l'on inclut, dans les cartes qui seront produites, l'âge des médecins. Nous aurons ainsi, en temps réel, une idée de l'évolution de la situation. Il s'agit d'introduire un critère dynamique pour fournir l'aide à la décision la plus précise.

**M. le rapporteur.** Tout à l'heure, j'avais souhaité le retrait de l'amendement AS329 de M. Garot et des amendements identiques relatifs à l'Itos. Ils ont finalement été votés, mais M. Garot m'a donné l'assurance que nous pourrions retravailler sur cet indicateur d'ici à la séance. Par parallélisme, et par cohérence, je vous invite à retirer ces amendements et à les retravailler, en même temps que nous retravaillerons les amendements relatifs à l'Itos, afin d'aborder ces deux questions de la même manière, en introduisant le même délai de révision.

Je m'en remets à la sagesse de la commission.

*La commission adopte les amendements.*

## **Après l'article 2**

*Amendement AS677 de M. Luc Lamirault.*

**M. François Gernigon (HOR).** Les conventions nationales proposent un contrat d'aide à l'installation pour améliorer l'accès aux soins dans l'ensemble du territoire. Les professionnels conventionnés installés dans des zones très sous-dotées perçoivent ainsi une aide financière qui leur est versée en une seule fois à compter de la signature du contrat, afin de les aider à faire face aux frais inhérents au lancement de leur activité.

Afin de renforcer le contrôle des conditions requises pour obtenir cette aide et s'assurer qu'elle n'est bien versée qu'une seule fois, l'amendement tend à améliorer la transmission des informations relatives à la conclusion ou non de ces contrats en demandant aux conseils départementaux de l'Ordre d'informer la CPAM de toute nouvelle installation dans l'une des zones subventionnées.

**M. le rapporteur.** L'amendement est satisfait car les CPAM sont informées de l'installation des médecins. Je vous invite à le retirer ; sinon avis défavorable.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Pour vous rassurer, sachez que l'aide financière n'est accordée que si la CPAM, en lien avec l'ARS, notifie l'installation.

*L'amendement est retiré.*

**Article 2 octies (nouveau) :** *Rendre obligatoire l'envoi d'un préavis pour les médecins, chirurgiens-dentistes et les sages-femmes quittant leur lieu d'exercice*

*Amendements AS211 et AS210 de M. Timothée Houssin, amendements identiques AS67 de M. Joël Aviragnet, AS278 de M. Francis Dubois, AS547 de M. Yannick Favennec-Bécot, amendements identiques AS532 de M. Guillaume Garot et AS563 de M. Jérémie Patrier-Leitus (discussion commune).*

**M. Timothée Houssin (RN).** L'amendement AS210 tend à ce que les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes installés dans des déserts médicaux notifient au conseil de l'Ordre, à l'ARS et à la commune leur volonté de quitter la commune, au moins un an à l'avance. L'amendement de repli AS211 vise à ramener le délai à six mois. Bien sûr, des exceptions pour raison exceptionnelle pourraient être prévues par décret. Il ne s'agit pas d'ajouter des contraintes supplémentaires aux soignants mais d'aider les collectivités, les confrères et les patients à anticiper ces départs.

**M. Joël Aviragnet (SOC).** Pour les mêmes raisons, mon amendement tend à imposer un préavis de six mois aux médecins, aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes qui quittent leur lieu d'exercice.

**M. Dino Cinieri (LR).** L'amendement AS278 est issu des travaux du groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux. Le préavis permettra de mieux anticiper les besoins en matière d'offre de soins et de mieux organiser la suite pour continuer à assurer un accès aux soins, notamment dans les zones rurales sous-dotées.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Il s'agit par l'amendement AS547 d'imposer à ces soignants qui quittent leur lieu d'exercice un préavis de six mois, sauf dans les cas de force majeure prévus par décret. Si le soignant n'annonce son départ qu'au dernier moment, il laisse désemparés plusieurs centaines de patients. Après tout, la gestion prévisionnelle des compétences est une pratique courante dans toutes les entreprises.

**M. Guillaume Garot (SOC).** Cet amendement du groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux impose, en dehors des cas de force majeure prévus par décret, un préavis de six mois aux médecins, aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes qui quittent leur lieu d'exercice.

La mesure doit permettre aux autorités d'anticiper le départ et de disposer du temps nécessaire pour s'organiser afin de continuer à assurer l'accès aux soins. Il est arrivé trop souvent que des médecins s'installent dans une région, attirés par l'aide publique qui leur était accordée, avant de la quitter presque du jour au lendemain alors que le cabinet avait été conçu selon leurs exigences.

Le rapporteur et moi-même, nous avons donc voulu améliorer la rédaction de l'amendement pour qu'elle soit la plus solide possible.

**M. Jérémie Patrier-Leitus (HOR).** Le préavis de six mois semble essentiel pour prévenir les départs soudains de soignants qui laisseraient la population sans offre de soins de

proximité. Dans de nombreuses communes rurales, le départ d'un médecin ne s'apprend que par la rumeur et les habitants sont souvent placés devant le fait accompli, ce qui suscite inquiétude et exaspération.

**M. le rapporteur.** Les mesures que nous prenons sont cohérentes et suivent une ligne directrice. Celles relatives au guichet unique ont permis d'améliorer la lisibilité des politiques menées par les collectivités locales. L'article 1<sup>er</sup> du texte prévoit de faire du CTS l'organe de gouvernance du territoire de santé. Il sera chargé de rassembler les acteurs du territoire pour qu'ils définissent ensemble des stratégies. Dans ce cadre, les professionnels de santé pourront informer en amont les parties prenantes de leur départ afin de permettre aux collectivités locales mais aussi aux organismes de sécurité sociale et aux ARS d'anticiper ces départs.

Je suis donc, sur le principe, favorable à ces amendements mais je préfère la rédaction de ceux de Guillaume Garot et de Jérémie Patrier-Leitus, que nous avons travaillée avec le Gouvernement et qui me semble juridiquement plus solide. Ne le prenez pas mal, puisque l'intention de tous est respectée. J'invite par conséquent les auteurs des autres amendements à les retirer.

*Les amendements AS211, AS210, AS67 et AS547 sont successivement retirés.*

*La commission rejette l'amendement AS278.*

*Puis elle adopte les amendements AS532 et AS563.*

## **Après l'article 2**

*Amendements AS698 et AS695 de M. Benoit Mournet (discussion commune)*

**Mme Mireille Clapot (RE).** Il s'agit, tout d'abord, d'instaurer un nouveau mode d'autorisation d'installation pour les médecins. L'autorisation, pour un médecin, de s'installer dans un territoire, devra être délivrée par l'ARS correspondante, après avis du conseil de l'ordre des médecins du territoire concerné et de la CPTS en s'appuyant sur les indicateurs territoriaux de l'offre de soins définis à l'article précédent.

L'amendement suivant tend à ce que cette autorisation soit délivrée après avis du CTS.

**M. le rapporteur.** Je suis défavorable à ces amendements. Nous nous sommes mis d'accord pour que le débat autour de l'installation des médecins ait lieu en séance. Surtout, n'allons pas faire croire à nos concitoyens que nous pourrions résorber les déserts médicaux en régulant l'installation des médecins, ne serait-ce que parce que, dans les cinq à dix prochaines années, il y aura toujours moins de médecins qui entreront en activité que de médecins qui en sortiront. Que voulez-vous réguler quand le désert médical s'étend sur 87 % du territoire ?

Enfin, les indicateurs territoriaux de l'offre de soins auxquels vous faites référence n'existent pas encore. Je vous invite donc à retirer les amendements.

**M. Jean-François Rousset (RE).** Nous sommes opposés à toute mesure contraignante qui pèserait sur l'installation des médecins. Notre territoire est un désert médical : il ne servirait donc à rien de déplacer les médecins. D'autre part, n'oublions pas que les étudiants en médecine sont soumis à rude épreuve. Le taux de suicide est important, ils ont du mal à se former et ils redoutent de s'installer dans ces territoires. Ne leur imposons pas un obstacle supplémentaire. Écoutons-les, plutôt. Beaucoup refusent de devenir généralistes et



nombreux sont ceux qui émettent le souhait de s'installer à l'étranger. D'autres envisagent de travailler pour des entreprises qui sont prêtes à leur offrir des ponts d'or pour leurs compétences.

Ne leur envoyons pas un tel message car les médecins pourraient être tentés de mettre leur menace de déconventionnement à exécution et nous aurions gagné une médecine à deux vitesses. Ne reproduisons pas les erreurs du passé, qui nous ont conduits à cette situation. En 1970, des députés ont cru raisonnable de voter le numerus clausus.

**M. Yannick Neuder (LR).** Je suis d'accord. Je ne sais pas si vous avez mesuré les conséquences qu'emporterait l'adoption de tels amendements. La moitié des étudiants en médecine se disent au bord du burn-out. Ce n'est pas parce qu'ils se prennent trop de vacances mais parce qu'ils croulent sous le travail ! Si, pour couronner le tout, une fois leurs études enfin achevées, ils sont soumis au bon vouloir des ARS et du Conseil de l'Ordre, nous achèverons de les décourager. D'une manière plus générale, arrêtons d'envoyer des signaux aussi négatifs aux professionnels de santé, que ce soit pour leur rémunération ou la considération à laquelle ils devraient avoir droit, sinon ces métiers, dont les études sont très longues, perdront toute attractivité. Un étudiant en médecine ne s'installe qu'après une bonne dizaine d'années d'études alors que ceux de ses anciens camarades qui auront choisi d'intégrer une école de commerce, seront entrés dans la vie active depuis quelques années et auront un bien meilleur niveau de vie que lui.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je ne voterai pas ces amendements, d'autant plus que je ne comprends pas le raisonnement de M. Mournet. Lui qui se disait opposé aux technostructures, à la sur-administration, à l'excès de complexité, veut soumettre l'autorisation d'installation des médecins à l'ARS, à la CPAM et au Conseil de l'Ordre ! Je suis d'accord pour que, au cas par cas, on essaie d'orienter les installations mais je ne veux pas que l'on généralise la régulation ! C'est l'échec assuré.

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** Beaucoup de professionnels se voient imposer, en France, leur lieu d'installation, qu'il s'agisse des surveillants pénitentiaires, des professeurs, des pharmaciens, des fonctionnaires en général. Il ne me semble pas que ce soit exiger un effort colossal des médecins que de leur demander de s'installer ici plutôt qu'ailleurs, d'autant plus qu'actuellement, la moitié des professionnels de santé s'établissent dans un quart du territoire. Nous ne pouvons pas éluder ce sujet.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*La séance est levée à vingt heures cinq.*

### **Présences en réunion**

*Présents.* – Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, M. Christophe Bentz, Mme Fanta Berete, Mme Anne Bergantz, M. Christophe Bex, Mme Chantal Bouloux, M. Louis Boyard, Mme Anne Brugnera, M. Victor Catteau, M. Paul Christophe, M. Hadrien Clouet, M. Paul-André Colombani, Mme Laurence Cristol, M. Sébastien Delogu, M. Pierre Dharréville, M. Thierry Frappé, Mme Marie-Charlotte Garin, M. Guillaume Garot, M. François Gernigon, M. Éric Girardin, M. Jean-Carles Grelier, M. Jérôme Guedj, Mme Claire Guichard, Mme Caroline Janvier, Mme Sandrine Josso, Mme Élise Leboucher, Mme Christine Loir, Mme Joëlle Mélin, M. Yannick Neuder, Mme Astrid Panosyan-Bouvet, M. Emmanuel Pellerin, Mme Maud Petit, Mme Michèle Peyron, Mme Stéphanie Rist, M. Jean-François Rousset, Mme Prisca Thevenot, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, M. Philippe Vigier, M. Christopher Weissberg

*Excusés.* – M. Elie Califer, Mme Caroline Fiat, Mme Fadila Khattabi, M. Jean-Philippe Nilor, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Freddy Sertin

*Assistaient également à la réunion.* – M. Dino Cinieri, Mme Mireille Clapot, Mme Mathilde Hignet, M. Timothée Houssin, Mme Chantal Jourdan, M. Jérémie Patrier-Leitus, M. François Piquemal, M. Jean-Claude Raux