

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

- Suite de l'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..... 32

Lundi

5 juin 2023

Séance de 21 heures

Compte rendu n° 90

SESSION DE 2022-2023

**Présidence de  
Mme Fadila Khattabi,  
*présidente***



*La séance est ouverte à vingt heures vingt.*

*La commission poursuit l'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).*

**Après l'article 2 (suite)**

*Amendements identiques AS87 de M. Joël Aviragnet, AS581 de Mme Chantal Jourdan, AS585 de M. Philippe Vigier et AS589 de M. Guillaume Garot.*

**Mme Chantal Jourdan (SOC).** Mon amendement vise à soutenir les infirmiers en pratique avancée (IPA).

L'accès direct aux IPA a été autorisé récemment par la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite « loi Rist ». Néanmoins, pour conforter une profession encore mal connue, il convient d'offrir aux IPA un cadre protecteur, une rémunération à la hauteur de la fonction ainsi qu'une reconnaissance.

Les infirmières travaillant dans le cadre du dispositif Action de santé libérale en équipe (Asalée) sont des précurseuses des IPA puisqu'elles travaillent en exercice coordonné. L'accès direct n'est pas possible dans ce cadre, mais les évaluations sur la qualité des soins pratiqués sont très concluantes.

**M. Joël Aviragnet (SOC).** Il s'agit d'accompagner le développement de la profession d'IPA dans les zones où il est difficile d'obtenir un rendez-vous avec un médecin dans des délais raisonnables.

L'amendement tend à autoriser, dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), l'accès direct aux IPA en vertu de protocoles de coopération établis par les soignants, afin de permettre aux infirmiers de prendre en charge des soins primaires, mais aussi d'accompagner, sur demande d'un médecin traitant, des patients affectés par une pathologie chronique.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Cet amendement, que nous sommes nombreux à avoir déposé, s'inscrit dans le travail au long cours mené au sein de notre assemblée afin d'encourager l'accès direct aux professionnels de santé.

Dès lors que l'offre de soins n'est pas suffisante pour satisfaire la demande, il faut continuer à développer l'accès direct aux IPA. Telle était l'ambition de la rapporteure générale en inscrivant, dans sa proposition de loi, une expérimentation sur l'ensemble du territoire. Las, à l'issue de la commission mixte paritaire avec les sénateurs, seuls six départements devaient y participer.

Le protocole de coopération, établi avec les médecins, répond à l'exigence de garantir aux patients la meilleure pratique médicale. Le médecin reste le pivot, mais, dans certaines circonstances, l'accès direct permet de pallier l'insuffisance de l'offre de soins – 750 000 personnes souffrant d'affection de longue durée (ALD) n'ont pas de médecin

traitant. Le temps médical ainsi libéré profiterait aux patients dont la prise en charge par un médecin est indispensable.

Il est regrettable que la commission mixte paritaire ait limité l'ambition de la rapporteure générale, car une expérimentation sur une petite partie du territoire n'est pas satisfaisante. Je me félicite donc que l'amendement n'ait pas été jugé irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution. Je m'en étonne néanmoins, car d'autres amendements que nous avons évoqués cet après-midi n'ont mystérieusement pas connu le même sort.

**M. Guillaume Garot (SOC).** L'amendement a été rédigé au sein du groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux.

Nous devons aider les IPA qui voudraient faire davantage et être plus nombreux. En la matière, la proposition de loi proposée par Stéphanie Rist était plus ambitieuse que le texte adopté finalement. Nous suggérons donc d'en revenir à l'ambition initiale.

L'accès direct aux IPA que nous envisageons s'accompagne des garanties nécessaires – une coopération avec les médecins, laquelle fait l'objet d'un protocole strict. Pour répondre à la nécessité de libérer du temps médical, il est primordial de s'appuyer sur toutes les forces dont nous disposons. L'accès direct aux IPA concourt à répondre à l'urgence de la situation.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Le sujet a été longuement débattu lors de l'examen de la proposition de loi Rist. Un accord a été trouvé en commission mixte paritaire en avril dernier, que certains estiment satisfaisant, et d'autres insuffisant. Des expérimentations seront bientôt lancées.

Bien que j'aie soutenu la version initiale du texte de la rapporteure générale, il me semble malvenu de vouloir rouvrir un débat qui a été clos par la promulgation de la loi, il y a moins de deux semaines. Laissons vivre le consensus trouvé en commission mixte paritaire ; évitons d'envoyer des signaux contradictoires aux professionnels de santé. La sagesse politique invite à laisser les expérimentations se dérouler – la vertu que La France insoumise leur trouvait pour les conseils territoriaux de santé (CTS) n'a certainement pas disparu s'agissant des IPA ! Ces derniers n'ont pas à être otages de nos joutes avec le Sénat.

Le débat a été tranché. Passons à autre chose. Je suis défavorable aux amendements.

**M. Yannick Neuder (LR).** Vos propos qui en appellent à la sagesse sont bien apaisants. Sans vouloir jeter de l'huile sur le feu, certaines affirmations sur le sujet témoignent d'une grande méconnaissance des choses.

Nous n'avons rien contre l'accès direct, dès lors que c'est dans le cadre d'un processus de coordination. Or l'appartenance à une CPTS ne garantit pas la coordination entre IPA et médecins. En outre, de nombreuses CPTS ne comptent malheureusement pas les spécialistes aptes à prendre en charge les maladies chroniques les plus fréquentes – l'insuffisance rénale, cardiaque ou respiratoire. La condition d'appartenance à une CPTS n'est donc pas un gage de sérieux suffisant. C'est ce qu'avait considéré la commission mixte paritaire et elle en avait tiré les conséquences.

Le principal frein à la formation des IPA, qui peuvent libérer beaucoup de temps médical, est aujourd'hui financier. Le remplacement d'une infirmière à l'hôpital qui part se former étant rarement financé, il faut redéployer les moyens existants. Pour encourager la

formation, il conviendrait de ne pas comptabiliser les IPA qui reviennent de formation dans les équipes mais de les placer en surplus, à côté des médecins, sans quoi on alimente tensions et frustration.

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** La sagesse politique à laquelle appelait le rapporteur n'enlève rien à son avis défavorable.

**M. le rapporteur.** Puisqu'un débat approfondi a déjà eu lieu et que la loi Rist a été promulguée très récemment, la sagesse politique commande en effet de s'en tenir à l'équilibre trouvé avec le Sénat. Je l'ai dit, je suis défavorable aux amendements.

**M. Guillaume Garot (SOC).** J'abonde dans le sens de M. Neuder s'agissant du financement de la formation des IPA. Plusieurs infirmières m'ont fait part de leurs difficultés pour accéder à la formation. L'État et les régions ont un effort à faire dans ce domaine.

Ensuite, il faut faire confiance aux IPA, dont je connais le travail et l'engagement, et s'en remettre à leur esprit de responsabilité. Une IPA ayant des doutes sur sa capacité à prendre en charge un patient ne manquerait pas d'en référer immédiatement à un médecin, qu'il s'agisse de son correspondant au sein d'une CPTS ou d'un spécialiste.

**M. Philippe Vigier (Dem).** La sagesse ne consiste pas nécessairement à s'aligner sur la position du Sénat. Que restera-t-il de notre capacité d'action si la sagesse s'impose à nous sur chaque texte ?

Monsieur le rapporteur, quelle solution préconisez-vous pour les 850 000 patients en ALD sans médecin traitant, sachant que le nombre de professionnels de santé n'est pas extensible ? La seule solution est, à mes yeux, de déléguer des tâches afin de libérer du temps médical. Si vous en avez une autre, je suis preneur. Je n'oublie pas que le Président de la République a pris l'engagement, à Vendôme, de trouver une solution avant la fin de l'année. Expliquez-moi.

Une IPA est très bien formée, avec deux années de formation supplémentaires. Si leur nombre n'augmente pas, c'est à cause de la faible attractivité du métier : une IPA ne gagne que quelques dizaines d'euros supplémentaires par mois dans les hôpitaux ! Et, dans le privé, je connais une infirmière âgée de 40 ans qui a voulu se former et a perçu 85 % de son salaire. Qui accepte de voir ainsi sa rémunération diminuer de 15 % ?

Nous sommes conscients de la nécessité d'une réflexion collective sur le sujet. C'est la raison pour laquelle l'exposé sommaire renvoie au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Enfin, si les maladies chroniques, j'en conviens parfaitement, doivent être traitées par les médecins, le recours à des IPA permet de libérer, pour ces derniers, le temps médical indispensable.

L'impact d'une expérimentation dans six départements seulement sera insuffisant face à l'ampleur des problèmes d'accès aux soins que nous avons à résoudre. Je comprends d'autant moins ce choix que, si j'en crois le rapporteur, le maillage des CTS sera achevé dans six mois. Je regrette que le parallélisme ne soit pas respecté au bénéfice des IPA.

**Mme Chantal Jourdan (SOC).** Le développement des IPA permet de libérer du temps médical sans nuire à la sécurité des patients. Bien que la profession soit récente, les IPA

suivent une formation complémentaire pendant deux ans. On peut leur faire confiance. Il ne faut d'ailleurs pas se cacher que, dans de nombreux cas, elles suppléent déjà les médecins dans de nombreuses tâches – c'est l'une des raisons pour lesquelles la formation a été instituée. Dans les hôpitaux, si elles n'étaient pas là, nous serions bien embêtés.

Il nous faut reconnaître les compétences des professionnels de santé, lesquelles évoluent avec les maladies. Les IPA connaissent très bien les limites de leurs compétences et travaillent en bonne coordination avec les médecins.

*La commission rejette les amendements.*

**Article 2 nonies (nouveau) :** *Imposer un avis préalable à l'agence régionale de santé en cas de cessation d'activité d'une pharmacie d'officine en zone sous-dense*

*Amendements AS696 et AS694 de M. Jérémie Patrier-Leitus (discussion commune).*

**M. Jérémie Patrier-Leitus (HOR).** Dans les communes rurales, de plus en plus souvent, des pharmacies sont rachetées, puis fermées quelques mois plus tard. Dans un rapport publié en 2016, l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales relevaient que près de la moitié des fermetures d'officines sont le résultat d'initiatives de pharmaciens désirant restructurer l'offre locale *via* des regroupements et rachats-fermetures. Ce phénomène crée des inégalités d'accès aux soins – certaines zones voient ainsi l'offre se raréfier et ne plus correspondre aux besoins de la population. Il est donc indispensable de le réguler.

L'amendement AS696 a pour objet d'encadrer les restructurations sur l'ensemble du territoire. L'amendement AS694 est un amendement de repli puisqu'il ne vise que les déserts médicaux.

**M. le rapporteur.** Je rappelle que toute cessation définitive d'activité d'une officine doit être déclarée par son titulaire à l'agence régionale de santé (ARS) lorsqu'elle fait l'objet d'une indemnisation par une autre pharmacie. Un avis préalable du directeur général est requis pour anticiper au mieux les conséquences sur l'offre pharmaceutique, notamment dans les territoires ruraux. C'est précisément pour apporter une réponse à ces territoires qu'un assouplissement de la réglementation a été prévu par certaines dispositions de l'ordonnance de 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie. Cette ordonnance devait faire l'objet d'un décret d'application, annoncé pour 2022, puis 2023, lequel doit permettre aux ARS d'identifier les territoires dans lesquels la population connaît de sérieuses difficultés d'accès à une offre pharmaceutique.

Il serait intéressant de redéposer votre amendement en séance pour obtenir des éclaircissements de la part du ministre sur le contenu et la date de publication du décret.

Pour le reste, je ne suis pas sûr qu'on puisse s'opposer à la vente d'une pharmacie, qui constitue un fonds de commerce que le vendeur a lui-même acheté, du moins sans prévoir une indemnisation.

Je demande donc le retrait des amendements, ou mon avis sera défavorable.

**M. Guillaume Garot (SOC).** Je soutiens ces amendements qui alertent, à juste titre, sur le phénomène de concentration capitalistique à l'œuvre s'agissant des pharmacies, et que l'on constate aussi pour les laboratoires de biologie et les cabinets de radiologie. Ce phénomène

mérite de notre part une grande attention. C'est une véritable question de souveraineté : les fonds d'investissement qui rachètent les officines n'obéissent pas à des logiques de long terme et ne se soucient guère de l'intérêt général ou national. La représentation nationale doit absolument se saisir du sujet. Un rapport serait très utile pour informer les députés et les aider à apporter des réponses juridiques et politiques

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Ces amendements soulèvent un problème majeur. Les Ehpad sont déjà largement aux mains de grands groupes guidés par les intérêts boursiers. Il en est de même pour les cliniques privées, les laboratoires et maintenant les pharmacies.

Du fait de la faible rémunération qu'ils octroient, notamment à cause de forfaits insuffisants, les centres de santé sont déjà la proie des groupes. Je ne peux que m'étonner que la démonstration de M. Garot n'ait pas empêché le groupe de travail partiellement transpartisan de faire de cette proposition de la loi une porte ouverte à la captation par les grands groupes du secteur libéral.

Nous voterons en faveur des amendements.

**M. Yannick Neuder (LR).** Je partage entièrement les propos de M. Garot.

Le phénomène que nous évoquons risque de faire disparaître notre souveraineté dans certaines spécialités – je pense notamment à la radiologie. Les fonds de pension sont en train de racheter tous les gros cabinets. Si la liberté d'installation est compromise par une réglementation excessive, les étudiants en radiologie ne pourront plus ouvrir leur propre cabinet. Il ne sera pas possible de créer les petites unités de soin dont nous avons besoin, réunissant laboratoires de biologie, cabinets de radiologie et prescripteurs. De surcroît, les fonds de pension reverront à la baisse les rémunérations attractives qu'ils offrent aujourd'hui : on assistera alors à une délocalisation qui a déjà commencé – nombre d'actes de radiologie sont interprétés à l'étranger, notamment depuis l'Australie.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Le sujet abordé par notre collègue nous mobilise tous.

Un peu plus de 1 500 pharmacies ont disparu en une décennie. Ce phénomène massif n'affecte pas dans les mêmes proportions toutes les communes, mais dénote un mouvement général de concentration. Ce mouvement ne résulte pas d'une mauvaise gestion : les propriétaires sont contraints de vendre à prix bradé à d'autres, qui acquièrent dès lors une situation de monopole. Le fait est que les trois quarts des pharmacies qui ferment ont un chiffre d'affaires inférieur à 1 million d'euros. L'équation est donc simple : les plus faibles sont rachetés par les plus gros. Dans de telles restructurations capitalistes, les taux de profit vont à l'encontre de la couverture des besoins en matière de santé sur l'ensemble du territoire.

En outre, la marge globale du secteur se maintient en dépit de la fermeture des pharmacies, ce qui montre que les gens se déplacent plus loin pour faire les mêmes achats qu'auparavant. Ce sont les clients qui supportent la contrainte.

Si l'on défend le principe selon lequel l'activité doit être régulée en fonction des besoins de santé publique, il faut lutter contre le phénomène de concentration.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Les pharmacies assurent un précieux maillage de proximité ; leur installation est d'ailleurs réglementée.

La financiarisation massive qui touche les laboratoires, la radiologie ou les pharmacies est une arme de destruction massive des services de santé de proximité. À cet égard, il est heureux que la publication de certains décrets soit bloquée depuis plusieurs mois.

Ces amendements ne résolvent pas tout mais ils posent des questions dont nous devons nous saisir dans la perspective du PLFSS 2024. En effet, une fois qu'une pharmacie est fermée, on ne peut la rouvrir que si la commune compte plus de 5 000 habitants ; autrement dit, elle ne sera jamais rouverte et il faudra parcourir plusieurs kilomètres pour en trouver une autre.

Les pharmaciens sont d'autant plus précieux qu'ils exercent aujourd'hui des responsabilités opérationnelles, par délégation de tâche – vaccination, dépistage, renouvellement d'ordonnances dans certaines circonstances, protocoles de coopération qui leur permettent d'intervenir directement pour certaines pathologies.

Je soutiens la démarche. Nous devons absolument nous intéresser de très près au sujet.

**Mme Astrid Panosyan-Bouvet (RE).** Je remercie M. Patrier-Leitus pour ses amendements que je soutiens.

On a vu les effets délétères pour la radiologie de la concentration au nom de supposées économies d'échelle. Ce phénomène va à l'encontre de l'exigence de proximité, rendue plus nécessaire encore pour les pharmaciens par la délégation de tâches.

Il nous faut être particulièrement vigilants quant à la concentration capitaliste, qui s'opère au détriment de la satisfaction des besoins de santé publique.

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale.** Il me semble que nous prenons le problème à l'envers. La disparition des pharmacies et la financiarisation qui l'accompagne sont liées à la démographie : le nombre de pharmacies baisse, comme celui des médecins, et lorsqu'il n'y en a plus assez, la régulation de l'installation ne fonctionne pas – il convient peut-être d'en tirer les leçons pour les médecins.

Il faut améliorer l'attractivité de l'installation en tant que pharmacien d'officine, car les étudiants ont aujourd'hui un large choix d'autres métiers. Une autre clef du problème est la rémunération des professionnels de santé.

**M. Nicolas Turquois (Dem).** Je ne sais pas si l'amendement apporte une réponse pertinente à ce problème que j'ai découvert récemment dans ma circonscription. Une petite pharmacie qui offrait un service de proximité a fermé après avoir été rachetée par une plus grosse située à quelques kilomètres. La démographie n'était pas en cause, puisque des offres concurrentes avaient été déposées, mais qui ne rivalisaient pas financièrement. On a ainsi fait disparaître une offre de services, mais aussi un lieu où des relations différentes se nouent, soit dit sans vouloir céder au romantisme rural.

En tout état de cause, il est indispensable de se pencher sur la question, car l'offre de pharmacies et leur répartition sont une préoccupation légitime.

**M. le rapporteur.** Le débat est intéressant et je remercie M. Patrier-Leitus de l'avoir lancé. Il montre à la fois l'acuité et la complexité du sujet, qui suscite des inquiétudes sur tous les bancs.

Il faut prendre le temps de bien cerner le problème, dont nos discussions ont montré les nombreuses dimensions. Je vous propose donc, si vous acceptez de retirer les amendements, de travailler ensemble à une demande de rapport, comme l'a suggéré Guillaume Garot, qui permettrait d'approfondir le sujet.

**M. Jérémie Patrier-Leitus (HOR).** Dans les déserts médicaux, il y a urgence à agir. De très nombreux maires dans les territoires ruraux constatent le phénomène.

L'amendement AS694 ne vise pas à interdire toute cession ou toute restructuration. Il prévoit une consultation, outre du directeur de l'ARS, des syndicats représentatifs de la profession et du conseil territorial de santé. Il permet également de s'opposer à une cessation définitive d'activité qui entre en contradiction avec les objectifs déterminés par le projet territorial de santé.

Je retire l'amendement AS696, qui s'étend à tout le territoire, mais je maintiens celui qui concerne les déserts médicaux.

*L'amendement AS696 ayant été retiré, la commission adopte l'amendement AS694.*

#### **Après l'article 2 (suite)**

*Amendement AS120 de M. Luc Lamirault.*

**M. Paul Christophe (HOR).** En cohérence avec les discussions sur l'amendement AS677, nous le retirons.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS687 de M. Jérémie Patrier-Leitus.*

**M. Jérémie Patrier-Leitus (HOR).** Les mesures incitatives de nature financière se sont révélées incapables de remédier durablement à l'inégalité d'accès aux soins, créant plutôt des effets d'aubaines. Cet amendement tend à les réserver aux premières installations.

**M. le rapporteur.** Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable : l'amendement me paraît satisfait par l'adoption des amendements identiques conditionnant l'éligibilité à une nouvelle aide financière par l'expiration d'un délai de dix ans.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS701 de M. Benoit Mournet.*

**M. Benoit Mournet (RE).** Je tiens tout d'abord à exprimer mon soutien à cette proposition de loi, qui fait suite à une série d'autres mesures – concernant par exemple le numerus clausus, les infirmiers en pratique avancée ou les incitations financières à l'installation – qui vont dans le bon sens.

Ma conviction, d'autant plus forte que j'ai changé d'avis sur le sujet, est que nous n'échapperons pas, tôt ou tard, à une forme de régulation de la répartition des médecins, l'écart de densité étant, pour les généralistes, de 90 à 270 médecins pour 100 000 habitants et, pour les spécialistes, de 74 à 650 pour 100 000 habitants.



Le présent amendement vise à traiter la question par le moyen du conventionnement, à l'instar de ce qui se pratique pour les pharmaciens et d'autres professionnels paramédicaux. Ce conventionnement serait réservé aux zones sous-dotées – soit l'essentiel du territoire national. J'ai bien conscience que cette mesure n'est pas consensuelle, mais je la crois utile.

**M. le rapporteur.** Nous avons déjà eu cette discussion à plusieurs reprises et nous l'aurons à nouveau en séance. Avis défavorable, pour les raisons déjà évoquées.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS119 de M. Luc Lamirault.*

**M. François Gernigon (HOR).** En cohérence avec les discussions sur les précédents amendements, nous le retirons.

*L'amendement est retiré.*

**Article 2 *decies* (nouveau) :** *Faciliter la facturation de médicaments par les antennes d'officines*

*Amendements identiques AS523 de Mme Stéphanie Rist et AS653 de Mme Géraldine Bannier.*

**Mme la rapporteure générale.** Il s'agit de régler un problème pratique qui nous a été signalé dans les circonscriptions. La loi d'accélération et de simplification de l'action publique a permis l'ouverture d'antennes de pharmacie. Or, pour que cette mesure soit totalement effective, il faut autoriser les pharmaciens adjoints à facturer. Tel est l'objet de ces amendements.

**Mme Géraldine Bannier (Dem).** Il faut en effet améliorer l'expérimentation concernant les antennes de pharmacie, en donnant à celles-ci la possibilité de facturer.

J'en profite pour signaler que je viens d'un territoire où il est urgentissime de répondre aux besoins et d'atteindre les objectifs fixés, pour reprendre les termes utilisés tout à l'heure. Il faut trouver un moyen de faire venir des médecins dans les départements qui ne les attirent pas spontanément. Cela fait des années que j'y réfléchis. Peut-être pourrait-on créer des cycles d'études complets dans les villes moyennes, sortir de la coercition pour développer la culture de l'engagement ? Il serait bon d'y revenir en séance.

**M. le rapporteur.** Avis favorable : cette mesure permettra de résoudre une difficulté technique qui bloque une expérimentation extrêmement utile.

*La commission adopte les amendements.*

**Après l'article 2 (suite)**

*Amendement AS703 de M. Benoit Mournet.*

**M. Benoit Mournet (RE).** Il s'agit toujours de réguler l'installation des médecins, mais par une autre voie. Je propose que pendant les trois premières années d'exercice après la fin de leurs études, les médecins spécialistes, hors médecine générale, soient affectés dans des zones sous-dotées – ce qui leur laisse un vaste choix.

Chez moi, dans les Hautes-Pyrénées, il n'y a plus aucun neurologue : si vous faites un AVC, vous devez aller à Pau ou à Toulouse. Et il n'y a qu'un dermatologue – il y en a onze à Pau, à 40 kilomètres.

Il nous faut donner les moyens aux gens d'accéder aux soins, pour éviter les retards dans les diagnostics. Je ne sais plus quoi répondre aux personnes qui viennent me trouver dans ma permanence pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste. Et cet amendement n'est pas véritablement coercitif, puisqu'il permettra aux jeunes médecins de découvrir pendant trois ans des régions qui leur sont peut-être inconnues, avant de reprendre leur liberté. Il s'agit d'un engagement de service public nullement stigmatisant, qui prend en considération le point de vue de l'utilisateur.

**M. le rapporteur.** Avis défavorable, de même que pour tous les amendements inspirés par la même philosophie. Je l'ai dit d'emblée : je ne soutiendrai aucune mesure coercitive – car c'en est une.

**Mme la rapporteure générale.** Ce que vous pourriez répondre à ces personnes, monsieur Mournet, c'est que quand on a achevé son internat, on a le choix soit de s'installer en ville, soit d'exercer à l'hôpital. Il y a plus de 30 000 postes de praticiens hospitaliers disponibles. Votre mesure dissuadera simplement les jeunes de s'installer en ville. Elle aura l'effet inverse de celui que vous recherchez.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Nous voterons pour cet amendement, qui va dans le sens d'une régulation de l'installation. S'appliquant aux nouvelles cohortes d'entrants et d'entrants, une telle mesure permettrait de remédier, en l'espace d'un an ou deux, à l'absence de spécialistes dans certains départements.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Si je voulais faire de la provocation, je dirais que Mme la rapporteure générale vient de nous proposer un moyen de pourvoir à la pénurie de praticiens dans les hôpitaux, avec cet amendement !

Plus sérieusement, dès qu'on avance des mesures de régulation, même minimalistes, le mot magique est prononcé : « coercition », ce qui met fin à la discussion. C'est un argument un peu faible. Engageons plutôt un véritable débat. L'État a la responsabilité de l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire national. Nous devons lui donner les moyens de l'assurer. En l'occurrence, les propositions faites me semblent relativement modestes.

**M. Yannick Neuder (LR).** Ne pensons pas que l'hôpital bénéficiera des mesures de coercition, ou au contraire le secteur libéral : malheureusement, on n'en est plus là. La pénurie est telle que le seul risque que l'on prend en étant coercitif, c'est de dégoûter les jeunes professionnels. Veillons donc à ce que ceux-ci aient envie d'exercer leur métier. C'est quelque chose que les médecins de mon âge n'auraient jamais imaginé : quand on avait fait douze ans d'études, c'était pour exercer ! Je suis stupéfait de voir des jeunes qui ont fait dix ans d'études prêts à changer de métier en un claquement de doigts, tant la relation au travail a changé.

Monsieur Dharréville, la responsabilité de l'État est aussi d'assurer la formation des médecins, et je pense qu'on peut provoquer un choc en augmentant fortement les effectifs. Pour moi, la solution est numérique, elle ne passe pas par la coercition. Il faut supprimer le *numerus apertus* et instaurer des passerelles plus nombreuses avec les professions paramédicales pour disposer rapidement de médecins dans certaines filières.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Cela fait au moins quinze ans que j'entends le même discours : « ne faisons rien, de toute façon ça ne marche pas ». À chaque PLFSS, c'est la même chanson. Pendant ce temps, le déficit se creuse... Les diverses gestions ont été calamiteuses et toutes les familles politiques ont leur part de responsabilité – je n'aurai pas la cruauté de vous rappeler les faits, mais je n'ai rien oublié.

Vouloir faire quelque chose, ce n'est pas imposer une régulation générale. D'ailleurs, le rapporteur lui-même avait l'idée de réguler les spécialistes. Au sein du groupe de travail transpartisan, nous avons promu l'hypothèse d'une régulation dans les territoires surdotés, et nous ferons dans l'hémicycle la démonstration de sa validité, cartographie à l'appui.

Moi aussi je suis favorable à la délégation de tâches, monsieur Neuder, mais vous connaissez comme moi la frilosité des médecins sur le sujet, et savez que les protocoles de coopération varient d'une région à l'autre. Il nous faut avancer.

Madame la rapporteure générale, le maillage des pharmacies est donné comme un exemple d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Dans la ruralité, le pharmacien est le dernier à l'assurer – c'est mal connaître la France que de soutenir le contraire. Que ce soit au fin fond de l'Eure-et-Loir, du Loiret ou de la Lozère, on trouve une pharmacie. Heureusement que les pharmaciens sont là ! Attention aux messages qu'on leur envoie.

Enfin, quand vous réussissez le concours de l'internat, allez-vous là où vous voulez ? Pas du tout. Cela dépend de votre classement. Par exemple, si on veut être neurochirurgien, il faut être dans les cinq cents premiers pour pouvoir aller à Lyon. Ensuite, on atterrit à Limoges, à Clermont-Ferrand ou à Poitiers – autant d'endroits où l'on peut quand même s'épanouir. Mais si on est huit millièmes, on ne devient pas neurologue. Cela montre bien qu'on ne choisit pas, que l'affectation dépend du classement, et que cela engage la suite de la carrière. Les internes savent très bien que les choses se passent ainsi. Ne prétendons pas le contraire.

**Mme Joëlle Mélin (RN).** J'ai conversé ce week-end avec des étudiants de sixième année qui m'ont expliqué que les épreuves classantes nationales avaient lieu dans quinze jours et qu'en fonction de nos propos, et, bien entendu, de leur classement, ils choisiraient ou non la médecine générale. Ils touchent de 300 à 400 euros de la troisième à la sixième année, puis 1 600 euros de la septième à la neuvième année, et 1 600 euros encore – car c'est ce que représentent par mois les 47 millions inscrits en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) – la dixième, alors même qu'ils sont déjà thésés. Si on leur dit en plus qu'ils ne peuvent pas faire d'intérim et qu'ils doivent travailler pendant trois ans là où on les envoie, sans rémunération incitative, la médecine générale va disparaître dans le mois qui vient ! Nous portons la responsabilité de l'aggravation des déserts médicaux, soit quantitatifs, soit qualitatifs, en médecine générale ou dans les spécialités.

**M. Benoit Mournet (RE).** C'est précisément pourquoi, madame Mélin, l'amendement ne concerne que les spécialistes, pour lesquels les écarts de densité sont les plus importants : de 74 à 648 pour 100 000 habitants en métropole, et de 39 à 181 pour 100 000 habitants dans les outre-mer.

On prétend que les médecins ne veulent pas de ce type de mesures, mais je le conteste : si les ordres et une partie des syndicats n'y sont pas favorables, nombre de médecins sur le terrain en comprennent la nécessité. Quant au risque du déconventionnement, cessons de nous raconter des histoires : il existe déjà des inégalités d'accès aux soins dans notre pays.

Enfin, je ne voudrais pas laisser penser que cet amendement stigmatise les jeunes professionnels, qui font des études longues et difficiles. Nous en sommes d'accord : il faut impérativement améliorer les conditions de travail et de rémunération des médecins, qui font tourner les hôpitaux. L'amendement est pragmatique : il vise à répondre à court terme au problème des postes vacants dans les hôpitaux et, *a fortiori*, en ville. Il s'agit d'inciter les jeunes médecins à pratiquer dans des territoires sous-dotés – et je fais le pari qu'ils y resteront.

**M. Didier Martin (RE).** Il y a une quarantaine d'années, on a fait le choix de ne pas concentrer les services de neurochirurgie dans les grandes facultés historiques : Lyon, Paris, Strasbourg... Il y a donc des neurochirurgiens en formation dans tous les hôpitaux universitaires. Après avoir été reçus au concours, ils font leurs cinq années d'internat puis deux ou trois ans de clinicat, soit huit années en tout de service public dans des hôpitaux publics, avec des gardes très lourdes. Eh bien, je considère qu'à l'issue de cette période, ils ont le droit de s'installer où ils veulent, y compris dans une clinique privée : ils se sont acquittés de leurs obligations.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS640 de M. Sébastien Peytavie.*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Il s'agit d'un amendement d'appel qui a pour objet de permettre, à titre expérimental, au CTS, à l'ARS et à l'assurance maladie de contractualiser afin de déterminer les moyens financiers nécessaires pour atteindre les objectifs prioritaires définis par le CTS, dans un cadre pluriannuel, avec des indicateurs de santé publique.

La présente proposition de loi va dans le bon sens. Elle propose une gouvernance renouvelée, fondée sur une logique populationnelle, en organisant l'offre de soins en réponse à des besoins de santé du territoire. Il serait pertinent de renforcer cette logique vertueuse pour l'organisation des soins à l'aide d'un outil de pilotage s'inspirant des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, qui fixent le cadre de la contractualisation entre les ARS et les établissements. L'ensemble des acteurs territoriaux, hôpitaux et libéraux, seraient partie prenante de la contractualisation.

Il est proposé que l'expérimentation ait lieu en priorité dans les zones sous-denses.

**M. le rapporteur.** L'amendement me semble satisfait par l'article 1<sup>er</sup>. La déclinaison des politiques de santé s'organisera à l'échelle du territoire, autour du projet défini par le conseil territorial de santé. Pourquoi s'en tenir à une expérimentation ?

Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 2 undecies (nouveau) :** *Simplifier les procédures d'autorisation par les agences régionales de santé dans le contexte de la réforme des autorisations pour garantir l'accès aux soins*

*Amendement AS522 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement, adopté en LFSS 2023, avait été censuré en tant que cavalier législatif, Il concerne un ensemble de dispositions transitoires

relatives aux autorisations d'activité en vue de simplifier les procédures et d'épargner une charge de travail importante aux établissements de santé.

**M. le rapporteur.** Avis favorable.

Ces dispositions assez techniques s'imposent dans le contexte de la réforme des autorisations entrée récemment en vigueur. Sans ces adaptations, le passage de l'ancien au nouveau mode de fonctionnement serait perturbé.

*La commission adopte l'amendement.*

**Article 2 duodecies (nouveau) :** *Demande de rapport sur la suppression de la majoration du ticket modérateur à l'encontre des patients non pourvus d'un médecin traitant*

*Amendement AS629 de M. Hadrien Clouet.*

**M. Louis Boyard (LFI - NUPES).** Nous demandons un rapport sur la suppression de la majoration du ticket modérateur à l'encontre des patients non pourvus d'un médecin traitant. Ce n'est pas une mince affaire : 6 millions de patients sont concernés, dont 600 000 atteints d'une ALD. Si vous n'avez pas de médecin traitant et que vous réussissez quand même à voir un médecin, vous êtes remboursé non plus à hauteur de 70 %, mais de 30 %. Vous devez payer 18 euros supplémentaires, en plus des frais de transport, tout cela parce que vous avez commis le crime de ne pas avoir d'offre de soins disponible dans votre territoire. Il s'agit, vous en conviendrez, d'une injustice grave.

**M. le rapporteur.** La situation est déjà traitée par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), que les personnes qui n'ont pas de médecin traitant peuvent saisir afin de ne pas être pénalisées. Il y a un défaut d'information chez les assurés – sans doute est-ce le fait des CPAM. Je ne pense pas qu'il soit utile de demander un rapport. Vous devriez plutôt déposer l'amendement en séance, de manière à obtenir une réponse du Gouvernement.

**M. Joël Aviragnet (SOC).** Vous rendez-vous compte de ce que cela signifie de ne pas disposer de médecin traitant ? Dans ma circonscription, cela concerne entre 30 et 40 % de la population. On ne peut pas demander aux gens qui courent après un médecin et qui sont dans un état d'angoisse absolue d'interpeller la CPAM pour pas être surfacturés ! C'est parfaitement injuste et inacceptable. Il faut que l'État mette en place un système pour que l'annulation soit automatique. Ces personnes sont les premières victimes de la situation. N'en rajoutons pas !

**M. Guillaume Garot (SOC).** Franchement, monsieur le rapporteur, votre réponse n'est pas satisfaisante. Pourquoi serait-ce au patient de justifier qu'il ne trouve pas de médecin traitant et d'implorer la clémence de l'administration ? Nous devons prendre une mesure extrêmement simple. Nous proposons, au sein du groupe de travail transpartisan, de supprimer ces majorations. Ce n'est pas la faute du patient s'il n'y a pas de médecin traitant. C'est une responsabilité collective que nous, représentants de la nation, devons assumer. Sinon on inflige au patient une double peine : non seulement il n'a pas de médecin, mais en plus il doit payer davantage. C'est inacceptable.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je l'ai dit tout à l'heure, le groupe de travail transpartisan avait déposé deux amendements sur le sujet. L'un a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40. L'autre est aussi une demande de rapport.

« Double peine » : l'expression est bien choisie. Ce n'est pas au patient, qui est en difficulté, de trouver une solution ! Il est facile de dire ça quand on se trouve comme nous dans une situation confortable qui nous permet d'accéder à un médecin traitant et à des spécialistes, mais pensons aux 6 millions de Français qui sont dépourvus de médecin traitant !

**M. Yannick Neuder (LR).** C'est une question qu'on ne peut pas balayer d'un revers de main, mais je ne suis pas sûr que ce soit le bon texte pour la traiter. Si les CPAM modifient le niveau de remboursement, c'est aussi pour éviter le nomadisme médical et ces gens qui multiplient les consultations jusqu'à ce qu'ils trouvent le médecin traitant qui fera l'acte qu'ils souhaitent. Selon moi, le problème relève du PLFSS.

**M. Guillaume Garot (SOC).** Encore faudrait-il que le Gouvernement n'utilise pas le 49, alinéa 3 !

**M. Yannick Neuder (LR).** Ce n'est pas à moi qu'il faut en faire le reproche.

Attention aussi aux chiffres que vous citez. Une partie des 6 millions de personnes sans médecin traitant n'en ont pas besoin ou n'en cherchent pas.

Cela étant, ce n'est pas aux patients qui ne peuvent avoir de médecin traitant d'avoir à se justifier auprès de la caisse primaire d'assurance maladie.

**Mme la rapporteure générale.** On peut toujours faire une demande de rapport, mais je ne suis pas certaine que nous en disposerons pour l'examen du prochain PLFSS...

Je suis d'accord : vu la diminution du ratio de médecins traitants par habitants, il y a de toute évidence un problème. Cependant, prenons garde à maintenir l'avantage à avoir un médecin traitant. Il nous faut trouver un mécanisme qui évite aux patients d'avoir à effectuer des démarches parfois compliquées pour obtenir le remboursement de la majoration – nous en aidons certains dans nos permanences – mais sans pour autant nourrir le phénomène des consultations sur des plateformes en ligne. Travaillons-y d'ici au prochain PLFSS.

**M. Paul Christophe (HOR).** Présentée ainsi, la majoration du ticket modérateur apparaît comme le type même de la mauvaise idée, puisqu'elle revient à pénaliser celui qui est la victime, le patient qui ne trouve pas de médecin traitant devant acquitter une dépense supplémentaire. Mais rappelons-nous que si cette mesure a été établie, c'est pour éviter un certain nombre de dérives.

Il s'agit d'un problème de fond, qu'il faudrait effectivement plutôt traiter dans le cadre d'un PLFSS. Un rapport n'apportera pas la solution, même s'il nous permettrait d'affiner notre réflexion – sous réserve que la demande survive à l'examen du texte par le Sénat.

Attention donc aux raccourcis. Stéphanie Rist y a fait allusion : d'autres acteurs, dont on connaît les dérives, sont tapis dans l'ombre. Soyons prudents.

**M. Nicolas Turquois (Dem).** Certes, il existe des risques, mais le principe d'un rapport n'est-il pas précisément de les mettre en balance avec les avantages ?

J'ai à l'esprit le souvenir d'un monsieur âgé qui est venu me voir les larmes aux yeux à la permanence parce qu'il ne trouvait pas de médecin traitant pour lui-même et pour son épouse. Cela m'a brisé le cœur.

Oui, il peut y avoir des excès, mais le risque couru en demandant un rapport étudiant des pistes pour résoudre ce problème me semble plutôt limité ; cela me semble au contraire une mesure de bon sens.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Nous parlons des conséquences d'une règle de l'assurance maladie : nous ne pouvons pas nous en laver les mains. Elle relève du politique, et nous avons donc la capacité d'intervenir. Je trouve déplorable que certains collègues la réduisent à une faute individuelle.

Cette situation concerne 6 millions d'individus, soit 10 % de nos concitoyens. On parle là de personnes non qui changeraient régulièrement de médecin traitant pour mettre les professionnels de santé en concurrence les uns avec les autres, mais qui n'arrivent pas à en trouver un de manière stable afin de bénéficier d'un parcours de soins coordonné.

Vous dites que certaines d'entre elles n'en ont pas besoin. La belle affaire ! En général, on n'a pas besoin d'un médecin avant d'être malade. Faudrait-il aller les voir quand tout va bien ?

Ces personnes vivent dans des territoires qui manquent de professionnels de santé ; elles rencontrent des difficultés de mobilité pour aller en trouver ; et il faudrait en plus qu'elles paient des frais supplémentaires ? Quand vous dites, monsieur le rapporteur, qu'elles doivent saisir l'assurance maladie pour éviter d'être pénalisées, cela signifie que ce n'est pas un problème politique, mais que cela relève d'un choix individuel et que ce sont aux individus de se débrouiller. Cela signifie aussi que certaines personnes, par exemple allophones ou qui rencontrent des difficultés d'ordre bureaucratique, n'ont pas la capacité de contester la peine qui leur est infligée. C'est source d'inégalités très fortes dans le parcours de soins.

Enfin, ma confiance dans le PLFSS pour traiter ce genre de problèmes est plutôt limitée, vu le recours à certaines procédures pour son adoption.

Demander un rapport n'engage pas à grand-chose et serait une manière de reconnaître le problème. Je pense que nous pourrions adopter cet amendement, et il serait bon que ce soit à l'unanimité.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** La mesure n'avait pas fait l'unanimité au sein du Parlement. Pour notre part, nous l'avions considérée comme problématique.

Nous sommes face à un problème grandissant : 600 000 personnes en ALD n'ont pas de médecin traitant. Nous devons reconnaître cette réalité et éviter la double peine à celles et ceux qui sont concernés. Il faut donc avancer dans cette voie.

Mme la rapporteure générale a soulevé un autre problème, celui des plateformes de consultations en ligne, que cette disposition ne suffira pas à régler. Ces services explosent. Je me tiens à votre disposition pour y travailler car cette évolution me semble lourde de conséquences pour la santé de nos concitoyennes et concitoyens. Elle repose sur une marchandisation de la santé, qui fait des dégâts.

**M. le rapporteur.** Je ne voudrais pas que l'on caricature mes propos – peut-être n'ai-je pas été assez clair. Je n'ai jamais dit que nous nous en lavions les mains, qu'il n'y avait pas de problème, et encore moins qu'il était normal que les gens aient à accomplir une démarche auprès de l'administration pour se sortir d'une situation ubuesque. En revanche, je rejoins

Stéphanie Rist sur le fait que la demande de rapport n'est pas la réponse la plus adaptée au problème.

Lors de son audition, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie nous a assurés – je n'ai pas le niveau technique pour vérifier ces informations – que les personnes qui n'ont pas de médecin traitant ne sont pas pénalisées financièrement : l'assurance maladie neutralise d'elle-même la pénalité, sans que la règle ne soit écrite. Cela dit, j'ai bien compris que vous souhaitez qu'elle le soit.

Ma réponse était donc peut-être trop rapide ou trop allusive, mais j'en reviens au même : je vous conseille d'interroger directement le ministre en séance. Pour le reste, s'il devait y avoir une demande de rapport, lequel pourrait être exploité au plus tôt dans le PLFSS 2025, je préférerais la rédaction proposée par M. Garot et les auteurs des amendements identiques qui viennent juste après, plus circonscrite et plus efficace que celle de M. Clouet.

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** L'adoption de l'amendement de M. Clouet fera toutefois tomber la série d'amendements identiques qui suit.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, les amendements identiques AS86 de M. Joël Aviragnet, AS192 de M. Jérôme Nury, AS280 de M. Francis Dubois, AS379 de M. Fabrice Brun, AS545 de M. Jérémie Patrier-Leitus, AS562 de Mme Delphine Batho et AS578 de M. Guillaume Garot tombent.*

## **Après l'article 2 (suite)**

*Amendements AS595 de M. Yannick Neuder et AS648 de M. Sébastien Peytavie (discussion commune).*

**M. Yannick Neuder (LR).** Il s'agit aussi d'une demande de rapport, sur les très diverses mesures incitatives visant à favoriser l'installation de médecins dans les zones sous-dotées. Logement, investissement, travail du conjoint, scolarisation des enfants, les idées sont nombreuses. Il serait intéressant de recenser celles qui sont facilement applicables, car elles ne le sont pas toutes. Par exemple, les mesures concernant la scolarisation des enfants se traduisent difficilement dans les faits, si ce n'est en appelant le recteur ou la direction académique des services de l'éducation nationale.

Ce rapport ferait le point sur les mesures vraiment incitatives que les collectivités pourraient proposer aux professionnels de santé, et sur l'échelon le plus adapté, car les différents niveaux de collectivités se livrent à une surenchère en la matière.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Derrière ce rapport, il y a l'idée de pointer la concurrence malsaine que se livrent communes et communautés de communes. Certaines paient des chasseurs de tête pour récupérer des médecins, et offrent des avantages importants – voiture en leasing, appartement... Il serait utile de répertorier les différentes pratiques, pour parvenir à les normaliser.

**M. le rapporteur.** On peut toujours multiplier les demandes de rapport, et M. Peytavie a raison de pointer la concurrence malsaine entre les collectivités territoriales, mais celle-ci a déjà été au centre d'une discussion et nous avons encadré efficacement, sans expérimentation ni demande de rapport, l'accompagnement financier de l'installation des médecins. En même



temps, nous avons poussé les feux sur le guichet unique d'aide à l'installation. Nous avons donc répondu de manière concrète à ces interrogations.

Je ne vois pas l'intérêt de produire de la littérature administrative supplémentaire : le sujet est connu et la proposition de loi vise à donner des outils qui apporteront des réponses concrètes, à effet immédiat, pour faire bouger les lignes dans les territoires. Je suis donc défavorable à ces deux demandes de rapport qui n'apporteront rien à la connaissance que nous avons du sujet et aux réponses que nous sommes en train de bâtir.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS149 de M. Philippe Juvin.*

**M. Yannick Neuder (LR).** L'amendement est défendu.

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

*Amendement AS656 de Mme Mathilde Hignet.*

**Mme Mathilde Hignet (LFI - NUPES).** L'amendement vise à obtenir un rapport relatif aux effets de la fermeture, provisoire ou pérenne, des services et des lits hospitaliers sur la dégradation de l'accès aux soins dans les territoires en 2022 et 2023. Les rallonges budgétaires que l'exécutif a accordées en cours d'année n'ont pas permis aux établissements de faire face à la hausse de leurs charges. Dès l'été 2022, la Fédération hospitalière de France réclamait 2 milliards d'euros supplémentaires pour couvrir la revalorisation du point d'indice de la fonction publique ; le comité d'alerte sur les dépenses d'assurance maladie estime par ailleurs que 1,1 milliard supplémentaire serait nécessaire pour compenser l'effet de l'inflation sur les dépenses de fonctionnement. Plus de 131 établissements hospitaliers ont été touchés par la fermeture, provisoire ou pérenne, de lits en 2022, sans compter la fermeture nocturne d'environ quatre-vingts services d'urgence, par exemple à Redon dans ma circonscription ou à Ancenis. Plus d'une quarantaine de ces services sont touchés par les fermetures de jour. Bref c'est une année noire, parsemée de plans blancs. Il est donc grand temps de réagir, à la mesure des besoins.

**M. le rapporteur.** Je suis défavorable à cette demande de rapport. Mon avis aurait pu être différent si vous étiez remontée à dix ou quinze ans plus tôt mais, dans la période récente, la fermeture de lits voire de services est due non à des ajustements comptables mais à la pénurie de personnel et à la difficulté à recruter. Pour répondre aux exigences de sécurité et au cadre normatif de l'exercice hospitalier, il faut respecter des ratios de personnel : lorsque les seuils ne sont pas atteints, il faut fermer les structures. Ces ajustements sont connus.

Plutôt que de toujours stigmatiser l'hôpital public, vous auriez pu avoir une vision plus positive et demander un rapport pour estimer comment, face à une crise qui affecte notre système de santé depuis des années, l'hôpital a pu tenir le service des soins dans les territoires. La forme de votre demande semble peu opportune compte tenu du rôle qu'ont joué les hospitaliers depuis trois ans dans le maintien d'une offre de soins dans notre pays.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Les personnels hospitaliers que je rencontre sont les premiers à critiquer les conditions dans lesquelles ils sont tenus d'exercer et à exprimer leur colère. C'est une réalité que l'on ne peut pas mettre sous le tapis et notre devoir, en tant que représentation nationale, est de dire les choses comme elles sont : il y a une crise profonde

de l'hôpital. Ce n'est pas lui faire injure que de le dire mais, au contraire, cela montre que l'on veut relever le défi et faire face. Votre argument n'est donc pas recevable.

J'étais devant l'hôpital de ma circonscription il y a deux jours, avec des agents, des usagers, des patients. Les gens sont en colère : d'une part, ils sont inquiets ; d'autre part, les conditions de travail sont insupportables. Il n'est pas inutile de documenter une partie des raisons qui ont conduit à cette situation et des choix faits dans les hôpitaux. Je soutiens donc cette demande de rapport car on nous interpelle régulièrement sur les fermetures : elles méritent discussion, d'autant qu'elles ne s'arrangeront pas avec la répartition des moyens et les mesures de compression que nous prenons dans chaque LFSS. Les gens ont raison de s'inquiéter.

**Mme Chantal Jourdan (SOC).** Je défends aussi l'amendement. Vous avez dit que, pendant la crise du covid, les personnels de l'hôpital avaient su s'organiser. Effectivement, on était dans une situation de crise très particulière. En dehors de tout protocole, de toute lourdeur excessive, les agents se sont très bien organisés pour y répondre.

Aujourd'hui, la situation est différente. Les agents sont fatigués. Ils disent combien il leur est difficile de travailler, y compris à la place de leurs collègues qui ont démissionné ou sont en arrêt maladie. La situation est à prendre très au sérieux.

Enfin, le management devient très difficile dans l'hôpital.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Je m'étonne des propos du rapporteur. Il y a peut-être une incompréhension, car dire que cette demande de rapport stigmatise ou met en cause la déontologie, le professionnalisme et la capacité des hospitaliers à agir est en net décalage avec ce qui est souhaité.

C'est pour les hospitaliers que nous demandons les raisons du ralentissement de la dotation ou pourquoi elle n'a pas excédé la revalorisation du point d'indice, donc a conduit à des coupes dans les dépenses de matériel. C'est pour eux que nous demandons pourquoi l'établissement ferme, ce qui oblige les personnels à travailler sur plusieurs sites et à allonger leur temps de trajet. C'est pour eux que nous demandons pourquoi les urgences ferment, ce qui les conduit à devoir soigner des cas plus graves. Le but du rapport est de prendre le point de vue des personnels hospitaliers pour essayer de comprendre les causes de cette situation, non d'incriminer qui que ce soit.

Il y a une nécessité. Plusieurs points font une ligne : en l'occurrence, plusieurs plans au ministère de la santé se sont succédé, qui ont conduit à la situation actuelle. Le but de ce rapport est de se demander qui a fait quoi pour aboutir à cette situation de mal-être, de malaise et de maltraitance des personnels hospitaliers et de leurs patients.

**M. Nicolas Turquois (Dem).** Pour ce qui me concerne, j'appuie le rapporteur. Il y a déjà eu de nombreuses analyses sur le sujet. Si un rapport devait étudier le fonctionnement des hôpitaux, il devrait aussi analyser les différences de performances et de productivité – le mot est difficile, mais il faut quand même l'utiliser – qui existent entre les hôpitaux, ou les blocages qui se manifestent dans l'organisation des urgences et du reste de l'hôpital. Ce n'est pas l'objet de cette proposition de loi. Ne faisons pas un objet politique de l'hôpital. On sait qu'il est en souffrance. Le rapport demandé semble à côté du sujet que le texte entend traiter.

**M. Paul Christophe (HOR).** Le sujet est intéressant, mais pourquoi le limiter à 2022 et 2023 ? Il faut revenir au moins dix ans en arrière pour mesurer les lésions. En tant que

président du conseil de surveillance de l'hôpital de ma commune, je me souviens de la souffrance qu'avait provoquée la décision, sous Marisol Touraine, de demander aux hôpitaux de trouver 1,5 milliard d'euros d'économies supplémentaires – dans l'absolu, pas par rapport à l'inflation !

J'admire souvent votre capacité à faire de la prospective, mais là vous me semblez un peu timorés. Il faut remonter plus en arrière dans le temps.

**M. le rapporteur.** J'entends les arguments et partage ce qui a été dit sur la crise que vivent les hospitaliers. Cependant, avec cette demande de rapport, vous prenez le sujet par le petit bout de la lorgnette, en ne vous préoccupant que de ce qui se passe entre les quatre murs de l'hôpital. Faire le lien entre la situation de l'hôpital et la dégradation générale de l'accès aux soins dans les territoires, c'est lui en imputer l'entière responsabilité.

Depuis cet après-midi, nous parlons de la complémentarité entre le public et le privé, entre le libéral et le public, entre la crise du système de santé et celle des différents acteurs. Cet amendement méconnaît ce qui se passe autour de l'hôpital et voudrait, par un effet de loupe, dire que la dégradation de l'accès aux soins serait uniquement liée à l'hôpital.

C'est faux : c'est oublier que l'hôpital joue le rôle d'amortisseur d'une crise bien plus profonde. On a parlé de la crise des vocations de la médecine libérale, de la participation des établissements privés à la permanence des soins. Nous évoquerons des pistes pour que les cliniques y participent davantage, alors qu'elle n'est justement assurée que par l'hôpital.

L'amendement fait donc porter beaucoup à l'hôpital, et pardon si ma première réponse n'a pas été assez précise, quand je disais que vous pointez du doigt le rôle des hospitaliers. Effectivement, vous ne stigmatisez pas les personnels eux-mêmes, qui sont dans la souffrance. Mais examiner la crise de la prise en charge des soins par le seul biais de l'hôpital, c'est faire un raccourci impossible, qui ne prend pas en compte le sujet dans sa globalité. C'est pourquoi je suis contre cette demande de rapport.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS638 de Mme Mathilde Hignet.*

**Mme Élise Leboucher (LFI - NUPES).** Par cet amendement, nous demandons qu'un rapport étudie les possibilités d'une nécessaire revalorisation des carrières et des métiers du social, médico-social et de la santé. Les personnels de santé ont cruellement souffert des mesures d'austérité prises en matière de santé ces dernières décennies, notamment du gel du point d'indice depuis 2010. Avec sa récente augmentation, de 3,5 %, on est toujours loin du compte : pour une inflation à 6 %, la perte de pouvoir d'achat est de 2,5 %.

Le Ségur de la santé n'aura pas suffi et la France accuse un retard certain. La rémunération des infirmiers français continue de dégringoler dans le classement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les jeunes quittent toujours l'hôpital, les services et les établissements médico-sociaux pour travailler à l'étranger ou se reconverter. Et la situation va empirer : le Gouvernement table sur une hausse des salaires des fonctionnaires de 0,1 % par an, soit une perte de revenus réelle de 11 % entre 2023 et 2027. Nous demandons donc qu'il envisage une revalorisation des traitements et pensions des soignants et des personnels des services et des établissements publics de santé et médico-sociaux.

**M. le rapporteur.** Là encore, avis défavorable.

Quelle est l'utilité de ce rapport ? Oui, les salaires des infirmiers français sont parmi les plus bas de l'OCDE. Pour la première fois depuis que la crise s'est installée dans le système de santé, un gouvernement a lancé un effort de rattrapage – je ne parle pas d'une remise à niveau, l'écart est trop grand. Vous voulez un rapport pour dire qu'il y a toujours un décalage et qu'il faut augmenter les salaires ? On le sait déjà ! Calmons donc notre ardeur pour la littérature administrative.

C'est une des constantes de notre incapacité à réformer la santé : c'est elle qui a fait l'objet du plus grand nombre de rapports depuis dix ou quinze ans – de quoi caler des armoires à tous les étages de l'administration française. Il y a eu le grand rapport de M. Ayrault, la stratégie nationale de santé ; il y a eu des rapports à toutes les époques, dans tous les gouvernements. Cela n'a servi à rien et notre système s'est enfoncé dans la crise.

À l'arrivée, essayons plutôt d'agir, de prendre des mesures et d'avancer. Si vous voulez la conclusion que donnera ce rapport, la voici : nous avons toujours des décalages par rapport aux rémunérations de l'OCDE. Dont acte. Nous essayons de les rattraper, donnez-en acte aussi au Gouvernement. Peut-être que l'on y arrivera, au fil du temps.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Si l'information existe, pouvez-vous nous éclairer sur les effets d'une revalorisation des salaires et des pensions dans l'ensemble du système médico-social ? Apparemment, personne ici ne les connaît.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** J'entends que les rapports ne suffisent pas mais ils permettent parfois de taper juste et de prendre les bonnes décisions.

J'admets que, sur ce sujet, la réalité est hélas bien connue. Ce n'est pas un décalage qui existe sur les salaires des personnels hospitaliers, c'est un retard assumé, qui a été un des facteurs des difficultés que nous connaissons. Je rappelle que les augmentations obtenues lors du Ségur n'étaient pas au programme : elles ont été arrachées non par le covid – la crise sanitaire n'a fait que les rendre inéluctables – mais par la mobilisation de ceux qui étaient en grève depuis un certain temps dans les hôpitaux et auxquels on disait qu'il fallait continuer sans rien changer.

Je ne remercie donc pas pour cette mesure ; ce n'est pas mon registre. Je constate simplement qu'on n'y est pas, car il y avait trop de retard accumulé. On voit d'ailleurs que les effets des mesures prises ne sont pas au rendez-vous.

Quant aux demandes de rapports, bientôt, il ne nous restera que cela ! Avec l'article 40, les choses deviennent compliquées...

**M. le rapporteur.** Ne dites pas cela. Sur ce texte, nous avons montré depuis le début qu'il y avait, sinon de la coconstruction, du moins beaucoup d'écoute de part et d'autre. Différents amendements ont été soutenus. Nous avons bien avancé, collectivement. Ayons donc ce débat lors de l'examen du PLFSS. La question sera certainement reposée en séance.

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 3 : Renforcer les communautés professionnelles territoriales de santé**

*Amendements de suppression AS52 de M. Yannick Neuder, AS107 de M. Thierry Frappé, AS348 de M. Paul-André Colombani et AS459 de M. Pierre Dharréville.*

**M. Yannick Neuder (LR).** Mon amendement a pour objet de laisser de la liberté aux professionnels de santé libéraux. Je ne conteste pas l'intérêt des CPTS : certaines fonctionnent, d'autres, non, d'autres ne sont pas encore créées. Dans ma circonscription, j'œuvre aux côtés de la CPAM pour aider certains territoires qui n'en ont pas. L'outil doit être proposé, et favoriser la coordination et le dialogue entre les professionnels.

Rendre automatique l'appartenance à une CPTS, le professionnel devant faire une démarche s'il veut en sortir, ne semble pas aller dans ce sens. Des négociations tarifaires ont été menées ou sont en cours ; la bienveillance des collègues médicaux et paramédicaux n'a pas été toujours au rendez-vous. L'obligation d'adhérer à une CPTS n'est pas aussi bien vécue que l'on pourrait le penser. D'ailleurs, l'efficacité du dispositif n'est pas prouvée – nous examinerons des amendements qui demandent des rapports sur l'efficacité des CPTS par rapport aux moyens de coordination dévolus.

Faisons confiance aux professionnels de santé, laissons-les s'organiser, autour de maisons médicales, de délégations de tâches, de coordination, mais ne rendons pas le dispositif obligatoire, car cela pourrait provoquer l'aversion des professionnels vis-à-vis des CPTS. Vous aviez tenté un parallèle avec les intercommunalités mais on ne peut pas comparer un professionnel de santé à un village, aussi beau soit-il !

**M. Thierry Frappé (RN).** Nous avons sensiblement les mêmes raisons pour vouloir supprimer l'article 3 de la présente proposition de loi. Après l'échec de la convention médicale, notamment sur la médecine libérale, on ne peut que critiquer ce souhait de régulation plutôt que de coercition. L'adhésion automatique aux CPTS de tous les professionnels de santé entre dans cette régulation et permettrait un encadrement des professionnels en activité libérale.

Cette adhésion vient à l'encontre du libre choix d'adhérer et porte une atteinte directe à l'exercice libéral. Elle risque d'avoir un effet contraire à celui désiré, à savoir créer une réticence de nombreux professionnels à l'adhésion. De plus, le présent article ne définit pas les éventuels arguments recevables en cas de refus des professionnels de santé.

Une telle adhésion peut entraîner une forfaitisation des soins, et, à terme, la fin du paiement à l'acte, donc de la partie de la médecine libérale y adhérant. Elle engagera une cotisation obligatoire, laquelle créera une charge fixe, même minime, dans l'exercice professionnel, ce qui conduira à une charge de travail accrue sans augmentation de la rémunération initiale. Je ne suis pas contre la CPTS mais contre l'automatisme de l'adhésion.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Nous souhaitons supprimer l'article 3 en raison de la nature coercitive de l'adhésion des professionnels de santé aux CPTS. Ce n'est pas simple de bâtir une CPTS, c'est très chronophage pour les professionnels de santé. Il n'est pas opportun d'obliger tout le monde à y adhérer au moment où des ébauches de CPTS apparaissent dans le territoire et où la mayonnaise commence à prendre. De plus, cette obligation pose un problème juridique puisque les CPTS sont des associations « loi 1901 ».

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Cette volonté de rendre l'adhésion automatique nous amène à nous interroger à plusieurs titres. D'abord, une adhésion est par principe volontaire. Ce que vous proposez n'est donc pas une adhésion et mérite d'être redéfini.

Ensuite, il faudrait expliciter ce qu'entraîne l'adhésion et l'objectif que vous entendez poursuivre. S'il ne s'agit que d'ajouter un nom à une liste, cela ne changera pas beaucoup les choses. Or l'organisation des professionnels de santé entre eux à l'échelle des territoires a évidemment des vertus.

Enfin, la ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé a débuté un tour de France des CPTS en mars afin d'en réaliser un état des lieux. Une mission, confiée à un médecin généraliste, un directeur général de CPAM et un directeur d'ARS, doit formuler des propositions d'ici au 1<sup>er</sup> juin, pour accélérer la généralisation des CPTS.

Je ne vous demanderai pas un rapport – le texte en prévoit déjà un ! – mais je me demande si nous ne sommes pas à contretemps...

**M. le rapporteur.** Il n'est pas question de changer la nature, le fonctionnement et les objectifs des CPTS – peut-être n'en sera-t-il pas de même des préconisations du rapport à venir – mais d'en améliorer la représentativité. Dans le cadre de la territorialisation des stratégies de santé, il importe qu'au sein des conseils territoriaux de santé, les CPTS soient représentatives de la très grande majorité du monde libéral. C'est d'abord une question d'efficacité.

Nous systématisons donc la participation aux CPTS en inversant le processus actuel, où les professionnels doivent demander de les intégrer. Désormais, dès lors qu'ils sont conventionnés, ils en seront réputés membres. Si les coopérations entre professionnels de santé ou le partage des stratégies territoriales ne les intéressent pas, il leur suffira de le faire savoir. À ce jour, les CPTS qui marchent bien regroupent 20 % à 25 % des professionnels libéraux, comme c'est le cas chez moi – ce qui ne suffit pas dans une optique de prévention ou de permanence des soins par exemple. Je souhaite qu'ils soient plutôt 60 %, voire 80 % à les rejoindre. Il n'est pas question de leur mettre une épée dans le dos mais de faire en sorte que les CPTS soient plus représentatives. Nous savons que, globalement, elles fonctionnent plutôt bien et qu'elles permettent l'émergence de pratiques plus ouvertes en direction de l'hôpital, de la médecine de ville, des professionnels paramédicaux et des collectivités locales.

Avis évidemment défavorable.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Au contraire, la modification du mode d'adhésion aux CPTS en changera la nature. J'ai le sentiment que dans votre vision, les CPTS deviennent une sorte de nouvel échelon administratif dans la santé. Pour moi en revanche, leur vertu naît des dynamiques de coopération, de la créativité des professionnels de santé sur un territoire, de leurs initiatives communes, de leurs diagnostics et de la façon dont ils les partagent. Je ne crois pas que votre proposition amène une plus-value à cet égard.

De plus, l'instauration de ces structures demande beaucoup d'énergie et de moyens. Sur mon territoire, des médecins s'engagent pour faire vivre cette coopération mais je ne suis pas sûr que nous leur ayons donné tous les moyens nécessaires pour que les CPTS se développent correctement.

**M. Yannick Neuder (LR).** Le remède est pire que le mal. Les professionnels de santé libéraux sentiront peser sur eux une nouvelle obligation alors qu'ils sont déjà nombreux à exprimer leur ras-le-bol, notamment en se déconventionnant. Peut-être est-il préférable que 25 % ou 30 % d'entre eux choisissent d'être membres d'une CPTS plutôt que de les y intégrer tous d'office, contre l'intention initiale du ministère de la santé. Je crains que les acteurs libéraux se braquent et que, sur le papier, les membres de CPTS soient certes plus nombreux sans que ces structures gagnent pour autant en efficacité. Les personnes doivent avoir envie de travailler ensemble. Toute coercition serait contre-productive.

**Mme Chantal Jourdan (SOC).** La CPTS est un bon outil pour favoriser le travail en réseau et en partenariat entre professionnels de santé, lequel fait parfois défaut – que l'on songe, par exemple, au lien entre la médecine de ville et l'hôpital.

Il est vrai que le volontariat est très largement préférable mais si les professionnels de santé ne s'investissent pas dans les CPTS, c'est parce qu'ils n'en ont pas le temps, et aussi qu'ils s'interrogent sur les modalités d'organisation. C'est une question de moyens. Lorsque quelques-uns, parmi eux, jouent un rôle moteur, ils parviennent à agréger d'autres professionnels qui n'auraient jamais fait le pas d'eux-mêmes. Les CPTS sont un bon outil pour la coordination des exercices – je pense aux IPA – et pour que les compétences de chacun puissent s'exprimer. Il n'est pas question de coercition mais de dynamique.

Enfin, je rappelle que l'article prévoit que les professionnels peuvent se désengager.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Peut-être notre collègue Neuder a-t-il l'habitude de CPTS qui ne fonctionnent pas. Je l'invite à venir constater toute la coopération, l'engouement et l'enthousiasme qu'elles suscitent dans mon territoire. Sans CPTS, les délégations de tâches, le dispositif des IPA ne sont pas envisageables. Un médecin n'est jamais seul : il a ses correspondants, ses médecins spécialistes, ses laboratoires et ses radiologues. La CPTS permet aux professionnels de travailler ensemble d'une manière plus organisée. Avec Mon espace santé, c'est le meilleur parcours de soins qui soit.

Je rappelle, de surcroît, que les CPTS sont financées par les ARS et l'assurance maladie.

Quant aux obligations, les médecins libéraux en connaissent déjà ! Ils sont obligés d'adhérer au conseil départemental de l'Ordre ! Aucun métier n'a aucune contrainte, il ne faut pas le faire croire. Mais il est possible de conjuguer harmonieusement la liberté d'exercice et le travail au sein d'une organisation : ce qu'on ne sait pas faire, on le transmet à d'autres.

**M. Éric Alauzet (RE).** Les CPTS ne relèvent en rien d'une administrativisation de la médecine : il n'y a aucune hiérarchisation, elles ne s'inscrivent dans aucun échelon administratif. De plus, le volontariat demeure leur principe. Le texte facilite l'adhésion des professionnels mais ceux-ci peuvent fort bien s'en retirer, comme ils peuvent y rester sans s'y investir.

Surtout, nous envoyons ainsi un message à la communauté médicale face à ces défis que sont l'accès aux soins et la permanence des soins : « Vous en êtes ! », c'est cela que nous disons aux infirmières, aux kinés, aux médecins, aux psychologues, en les incitant à y prendre part. Sans les contraindre, nous les incitons à prendre leurs responsabilités de professionnels et de citoyens. Si tel ne devait pas être le cas, alors il faudrait prendre des mesures plus coercitives.

**M. le rapporteur.** Monsieur Dharréville, rien dans le texte ne permet de considérer les CPTS comme un échelon administratif supplémentaire. Ce sont des outils à la main des libéraux. Chacun d'entre eux ira à la vitesse qu'il souhaite. Il n'y a aucune prescription, juste le moyen de développer les solutions qui leur semblent les plus adaptées aux besoins de leur population.

Monsieur Neuder, arrêtons de faire valoir cet argument selon lequel il faudrait prendre garde à ne pas froisser les professionnels de santé ! De qui parle-t-on, d'ailleurs : des professionnels de santé libéraux ? Mais ils ne représentent pas toute la profession ! Et peut-être avons-nous par le passé manqué de fermeté pour indiquer aux médecins libéraux la direction dans laquelle nous voulons que notre système de santé se dirige. Peut-être avons-nous trop cédé à cette sacro-sainte croyance selon laquelle il faudrait exiger le moins possible de leur part. Je rappelle tout de même, même si c'est l'évidence, qu'ils sont solvabilisés par la solidarité nationale et les cotisations des Français. Dès lors, la représentation nationale est fondée à donner un cap.

Mme Jourdan a évoqué les CPTS avec une grande justesse. Le Gouvernement est conscient qu'il faut rendre du temps médical aux médecins et qu'ils doivent être soulagés des tâches administratives. Le nombre d'assistants médicaux passera ainsi de 4 000 à 10 000 à la fin de l'année. Un certain nombre de mesures vont conforter le rôle du médecin libéral, mais celui-ci devra en même temps s'inscrire dans des stratégies plus globales, ouvertes, de coopération. Aucun médecin ne peut envisager son avenir seul dans son cabinet.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendements identiques AS91 de Mme Josiane Corneloup et AS351 de M. Paul-André Colombani.*

**M. Yannick Neuder (LR).** Je défends l'amendement AS91.

Notre amendement de suppression ne visait pas à éviter de froisser les médecins libéraux, mais je vous signale qu'ils manifestent un ras-le-bol palpable. J'entends dire qu'il n'y aurait aucune lourdeur dans les CPTS ? Allez-y doucement, tout de même... Les comptes rendus de réunion sont nombreux, la coordination prend du temps. Veillons à préserver l'attractivité de ces structures.

Il est évident que les professionnels de santé ne travaillent pas seuls, mais ils savent nouer des relations interprofessionnelles sans être membres d'une CPTS. Arrêtons de les infantiliser, laissons-leur prendre des initiatives ! Que ce soit à partir des CPTS ou de leur propre chef, c'est tout aussi bien. Une obligation d'adhésion ne fera que renforcer le ras-le-bol des professionnels et leur sentiment d'infantilisation.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Encore une fois, les CPTS étant constituées sous la forme d'association relevant de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, je ne vois pas comment l'adhésion pourrait être automatique : elle relève du volontariat.

Avant les CPTS et les équipes de soins primaires, les professionnels de santé s'organisaient comme ils le souhaitaient sur leur territoire. Ceux qui veulent continuer ainsi doivent pouvoir le faire.

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



S'agissant de l'adhésion, nous posons un principe, juridiquement et politiquement fondé, et nous renvoyons à un décret ses modalités d'application, y compris s'agissant des possibilités de sortie des CPTS.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Puis, suivant l'avis du rapporteur, elle **rejette** l'amendement AS53 de M. Yannick Neuder.*

*Elle **adopte** ensuite l'amendement rédactionnel AS729 de M. Frédéric Valletoux.*

*Amendement AS709 de M. Didier Martin.*

**M. Didier Martin (RE).** Chaque professionnel doit pouvoir quitter une CPTS à tout moment.

**M. le rapporteur.** Avis défavorable ou demande de retrait, tout d'abord pour un motif rédactionnel puisque votre amendement dispose que les professionnels de santé peuvent à tout moment « démissionner » d'une CPTS. Or ce n'est pas possible puisqu'ils ne sont pas recrutés, ni engagés.

Ensuite, l'article 3 dispose bien que les professionnels de santé deviennent membres d'une CPTS « sauf opposition de leur part formalisée dans des conditions définies par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale ». Il n'y a donc pas de crainte à avoir.

**M. Didier Martin (RE).** Je retire l'amendement, mais je déposerai une nouvelle rédaction en séance publique. Selon ma lecture de l'article, l'opposition du professionnel n'est possible qu'au moment de son rattachement automatique à la CPTS. Or je souhaite qu'elle soit possible « à tout moment ».

*L'amendement est **retiré**.*

*Amendement AS529 de Mme Mireille Clapot.*

**Mme Mireille Clapot (RE).** L'amendement vise à compléter la composition des communautés professionnelles territoriales de santé afin que celles-ci puissent avoir une vision globale et précise des besoins d'accès aux soins dans tous les milieux, professionnel, scolaire ou privé.

Le monde du travail et l'enseignement sont des secteurs également touchés par le manque de soignants et de suivi médical. Dans mon département de la Drôme, on compte 13,4 équivalents temps plein (ETP) pour 93 000 élèves, donc un médecin pour 7 000 élèves, ce qui est très largement en dessous des recommandations du ministère – un médecin scolaire pour 5 000 élèves. Le constat est identique s'agissant de la médecine du travail puisqu'en Drôme-Ardèche, fin 2022, on comptait 12 ETP pour 60 000 salariés.

Nous proposons donc d'associer les médecins scolaires et du travail aux CPTS afin qu'ils puissent prendre part à la structuration des offres de soins et que leur situation soit prise en considération lors du bilan de l'accès aux soins sur les territoires.

**M. le rapporteur.** La médecine du travail a déjà été intégrée aux CPTS par un amendement à la loi pour renforcer la prévention en santé au travail de 2021. Je vous proposerai donc d'adopter l'amendement AS619 de M. Robin Reda, qui va bientôt venir en discussion et qui vise à intégrer la seule médecine scolaire aux CPTS.

Je vous prie de bien vouloir retirer votre amendement ; sinon, avis défavorable.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Une intégration de la médecine scolaire est en effet de bonne politique. Outre que le milieu scolaire est quasiment le seul lieu d'accès à la santé publique pour certains jeunes, cette intégration contribuera à pallier les difficultés qu'elle rencontre, à travers les contacts noués avec les autres professionnels de santé.

**M. Philippe Vigier (Dem).** L'intention est louable, mais la médecine scolaire relève des départements. Du point de vue organisationnel, il va falloir m'expliquer comment on va faire...

**M. Guillaume Garot (SOC).** Les médecins scolaires et du travail ont besoin d'une véritable reconnaissance. Les intégrer au sein des CPTS, c'est une manière de leur dire qu'ils sont pleinement partie prenante de la communauté de santé.

En outre, les jeunes et les salariés sont confrontés à des pathologies spécifiques et doivent pouvoir être traités dans un cadre pluridisciplinaire.

**M. Yannick Neuder (LR).** La médecine scolaire, comme la protection maternelle et infantile, dépend en effet des départements. Ces médecins, qui ont un statut de salarié, ne peuvent pas décider d'eux-mêmes d'intégrer des CPTS. Sur le principe, tout le monde souhaite que les CPTS rassemblent tous les types de médecine, mais prenons garde à ne pas créer une nouvelle usine à gaz. Encore une fois, l'obligation nuira au service rendu.

**M. Louis Boyard (LFI - NUPES).** L'amendement de M. Reda ne mentionne pas la médecine du travail. C'est une grave lacune.

**M. le rapporteur.** Comme je l'ai dit, la médecine du travail est intégrée depuis 2021 dans les CPTS – d'où ma demande de retrait de l'amendement de Mme Clapot. Celui de M. Reda permettra, lui, d'inclure les professionnels de la santé scolaire.

**M. Didier Martin (RE).** Le rapporteur a clairement indiqué que les CPTS constituaient la composante libérale des CTS. Il évoque maintenant une inclusion de la médecine scolaire. Je ne comprends pas : il ne s'agit plus des libéraux ? Je respecte et je défends la médecine scolaire, qui est confrontée à de grandes difficultés, mais elle ne doit pas être intégrée aux CPTS.

**Mme Mireille Clapot (RE).** Je maintiens mon amendement par respect pour mes cosignataires, mais il sera vraisemblablement retravaillé en vue de la séance publique.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 3 modifié.*

### **Après l'article 3**

*Amendement AS680 de M. Jérémie Patrier-Leitus.*

**M. Jérémie Patrier-Leitus (HOR).** Il convient de décharger nos médecins de ville du suivi des résidents des Ehpad. Les résidents ou leur représentant légal doivent pouvoir désigner le médecin coordonnateur comme médecin traitant dans les conditions prévues à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

**M. le rapporteur.** Une telle disposition a déjà été adoptée dans la proposition de loi d'Annie Vidal et de Laurence Cristol portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France, laquelle n'est pas encore parvenue au terme de son chemin législatif. Je vous invite à retirer votre amendement.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS697 de M. Jérémie Patrier-Leitus.*

**M. Jérémie Patrier-Leitus (HOR).** Dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante, le médecin coordonnateur doit être considéré d'office comme le médecin traitant des résidents d'Ehpad.

**M. le rapporteur.** Même avis que précédemment.

*L'amendement est retiré.*

**Article 3 bis (nouveau) : Intégrer les professionnels de la médecine scolaire dans les communautés professionnelles territoriales de santé**

*Amendement AS619 de M. Robin Reda.*

**M. Jean-François Rousset (RE).** Il s'agit de l'amendement qui permet l'intégration des médecins scolaires au sein des CPTS.

**M. le rapporteur.** Avis favorable.

J'ai peut-être abusivement dit que les CPTS étaient réservées aux professionnels libéraux. Elles sont certes principalement à leur main, mais elles ont vocation à réunir la médecine de ville au sens large – tout ce qui n'est pas en établissement. Je rappelle que les professionnels des centres de santé, qui sont aussi des salariés, sont membre des CPTS depuis l'origine.

**M. Louis Boyard (LFI - NUPES).** Un débat s'impose sur la médecine scolaire. On compte 900 médecins scolaires pour 12 millions d'élèves, soit un médecin pour 13 000 élèves, alors que les recommandations sont d'un médecin pour 5 000 élèves !

**M. le rapporteur.** C'est une vraie question, à laquelle nous ne répondrons pas ce soir.

*La commission adopte l'amendement.*

### **Après l'article 3**

*Amendement AS524 de M. Timothée Houssin.*

**M. Timothée Houssin (RN).** Cet amendement propose que les infirmiers libéraux disposent d'une carte de stationnement utilisable lors de leurs déplacements professionnels. C'est une demande de leur part.

Mme Emmanuelle Anthoine a déjà déposé une proposition de loi à ce sujet et je me suis permis d'en reprendre le dispositif.

Une telle mesure représenterait un gain d'argent pour les infirmiers – alors qu'ils subissent l'inflation, notamment en matière d'énergie – mais aussi un gain de temps – non seulement il faut aller jusqu'à l'horodateur, mais certaines villes limitent le nombre de stationnements au même endroit dans une journée, auquel cas il faut aller dans un parking plus éloigné.

**M. le rapporteur.** Ayant été maire pendant de très longues années, je connais ce problème récurrent. Néanmoins, la politique de stationnement relève des compétences communales. Il n'est pas opportun de légiférer. En outre, si nous adoptions votre amendement, il serait sans doute censuré par le Conseil constitutionnel, car d'autres professions – comme les pompiers ou les policiers en civil, par exemple – ne seraient pas concernées.

**M. Timothée Houssin (RN).** À cette différence près que les infirmiers déplacent régulièrement leur véhicule pour se rendre chez leurs différents patients.

Les médecins ont une carte qui leur permet de bénéficier d'une véritable tolérance. Il s'agit de prévoir un équivalent pour les infirmiers.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Les infirmiers peuvent apposer le caducée sous le pare-brise, comme les médecins. Par ailleurs, conformément au principe de libre administration des collectivités territoriales, il revient aux communes de prévoir des modalités particulières de stationnement pour ces professions – comme des places réservées devant les cabinets infirmiers ou les maisons de santé. Mais il ne peut pas y avoir des places réservées partout pour tout le monde.

**M. le rapporteur.** Beaucoup de villes mènent des politiques adaptées. Dans la mienne, le stationnement des véhicules portant le caducée sur les places de livraison était toléré. Mais cela relève du pouvoir réglementaire du maire, qu'il convient de préserver.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS430 de Mme Josiane Corneloup.*

**M. Yannick Neuder (LR).** L'amendement est défendu.

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

*Amendements AS113 de M. Thierry Frappé et AS702 de M. Benoit Mournet (discussion commune).*

**M. Thierry Frappé (RN).** Mon amendement propose de créer un statut d’infirmier référent, que le patient désignerait à sa caisse d’assurance maladie. Cela permettrait un parfait suivi médical des patients en améliorant la coordination avec le médecin. L’idée consiste bien entendu à diminuer la charge de travail pesant sur le médecin traitant en favorisant la coordination médicale. C’est une chose qui existe déjà de manière tacite : il s’agit de l’officialiser.

**Mme Mireille Clapot (RE).** L’amendement AS702 est défendu.

**M. le rapporteur.** Le statut d’infirmier référent est un sujet qui me tient particulièrement à cœur. Comme j’en ai pris l’engagement lors des auditions, je proposerai une rédaction en séance pour conforter le rôle de l’infirmier référent au sein de l’équipe soignante.

Demande de retrait.

**M. Philippe Vigier (Dem).** C’est une belle proposition, qui offre au groupe RN une occasion pour se rattraper, puisqu’il a voté précédemment contre le développement de la profession d’IPA sur l’ensemble du territoire. Je suis heureux de relever votre intérêt pour la question, et nous vous convertirons de manière définitive lors de la séance publique.

*Les amendements sont retirés.*

*Amendement AS612 de Mme Mathilde Hignet.*

**Mme Mathilde Hignet (LFI - NUPES).** Cet amendement demande que le Gouvernement remette un rapport sur les moyens consacrés au développement des CPTS.

Plus les bassins de population couverts par ces derniers seront étendus, plus les besoins d’outils de coordination seront importants. Or la proposition de loi ne prévoit aucune évaluation de l’état de développement des CPTS et ne modifie pas leurs modalités de financement.

Ne faudrait-il pas revoir les moyens accordés aux CPTS, dès lors qu’elles intégreront davantage de professionnels de santé du fait de l’adhésion automatique ?

**M. le rapporteur.** Avis défavorable. Nous venons de donner une nouvelle dimension aux CPTS, qui vont se développer dans les prochains mois si ce texte est adopté. Je ne vois pas l’intérêt d’un rapport pour évaluer un dispositif que l’on s’appête tout juste à lancer. Nous pourrions nous poser cette question dans un ou deux ans, mais à ce stade c’est prématuré.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Cet amendement est intéressant car le rapport demandé permettra de mettre en évidence le fait que les financements sont hétérogènes, selon les territoires et les objectifs fixés. Cette évaluation contribuera à la pérennisation du dispositif.

*La commission rejette l’amendement.*

*Amendement AS628 de Mme Mathilde Hignet.*

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** Il s'agit de nouveau de demander un rapport au Gouvernement, cette fois sur les effets du développement des centres de santé en matière d'accès aux soins et sur les pistes de financement permettant de soutenir leur création.

Selon nous, ces centres pluridisciplinaires, employant des salariés et dotés d'une équipe administrative, permettraient d'améliorer l'accès aux soins de nos concitoyens.

C'est également l'avis de la Cour des comptes, qui estime que « *dans des contextes territoriaux où la densité en médecins libéraux est très dégradée, le recours au salariat, notamment grâce à des centres de santé gérés en régie, peut être une solution. Ces centres [...] peuvent en effet constituer un "modèle" économique et sanitaire, en théorie et même en pratique.* »

**M. le rapporteur.** Les centres de santé offrent en effet une réponse adaptée à la pénurie de professionnels et aux besoins de santé dans certains territoires – et ce d'ailleurs souvent grâce à l'action des collectivités locales.

C'est donc un modèle intéressant, mais qui a déjà été évalué par la Cour des comptes dans son rapport public 2023, publié il y a seulement quelques semaines. Épargnons-nous une littérature administrative redondante. Lisons bien le rapport de la Cour et essayons d'avancer.

Avis défavorable.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Nous avons déposé cet amendement de repli car celui que le groupe de travail transpartisan avait initialement prévu a été déclaré irrecevable, de manière un peu étonnante. Il proposait d'expérimenter l'ouverture systématique de financements publics pour la création de postes de médecins salariés en centres de santé dans les territoires insuffisamment dotés.

Il s'agit de contribuer au développement des centres de santé, auxquels nous sommes nombreux à être favorables dans cette salle.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS691 de M. Yannick Neuder.*

**M. Yannick Neuder (LR).** Une fois n'est pas coutume, je demande aussi un rapport, cette fois sur l'intérêt que présentent les CPTS pour libérer du temps médical, favoriser l'exercice coordonné et faciliter l'embauche d'assistants médicaux – bref pour donner aux médecins un rôle de chef d'entreprise, afin de pouvoir prendre en charge davantage de patients.

Par ailleurs, je soutiens les propos qu'a tenus M. Martin tout à l'heure. Franchement, puisque vous avez dit et répété que les CPTS étaient l'outil qui permettrait de mieux s'occuper des 600 000 patients atteints d'une ALD sans médecin traitant, on ne voit pas trop l'intérêt de tenir absolument à y intégrer la médecine scolaire et la médecine du travail.

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

**M. Philippe Vigier (Dem).** Par définition, les CPTS sont destinés à dégager du temps pour le consacrer à l'activité médicale. Pas besoin d'attendre six mois un rapport sur le sujet !

Quant au fait de permettre aux médecins d'être « *de réels employeurs* », comme vous le dites dans votre exposé sommaire, pardon mais il me semble qu'ils sont un paquet à avoir des salariés depuis longtemps...

**M. Yannick Neuder (LR).** Monsieur Vigier, vous connaissez trop bien les systèmes de santé européens pour ignorer qu'en Allemagne, par exemple, les médecins traitants emploient beaucoup plus d'assistants médicaux qu'en France. Le système allemand n'est pas un modèle, mais on peut s'inspirer des expériences faites en Europe sur le rôle d'employeur des médecins généralistes. L'intérêt des CPTS est précisément de libérer aussi du temps pour cela.

*La commission rejette l'amendement.*

*La séance est levée à minuit.*

### **Présences en réunion**

*Présents.* – M. Éric Alauzet, Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, M. Christophe Bentz, Mme Fanta Berete, Mme Anne Bergantz, 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, Mme Christine Decodts, M. Sébastien Delogu, M. Pierre Dharréville, Mme Sandrine Dogor-Such, M. Thierry Frappé, M. Guillaume Garot, M. François Gernigon, Mme Claire Guichard, Mme Caroline Janvier, Mme Sandrine Josso, Mme Fadila Khattabi, M. Didier Le Gac, Mme Élise Leboucher, Mme Christine Loir, M. Didier Martin, Mme Joëlle Mélin, M. Yannick Neuder, Mme Astrid Panosyan-Bouvet, M. Emmanuel Pellerin, Mme Maud Petit, Mme Michèle Peyron, M. Sébastien Peytavie, Mme Stéphanie Rist, M. Jean-François Rousset, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, M. Philippe Vigier

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

*Assistaient également à la réunion.* – Mme Géraldine Bannier, Mme Mireille Clapot, Mme Mathilde Hignet, M. Timothée Houssin, Mme Chantal Jourdan, M. Benoit Mournet, M. Jérémie Patrier-Leitus, M. Jean-Claude Raux