

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieux rural et urbain

- Examen du rapport 2
- Présence en réunions 26

Jeudi
19 juillet 2018

Séance de 9 heures

Compte rendu n° 32

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

**Présidence de
M. Alexandre Freschi,
*Président,***



Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain

Jeudi 19 juillet 2018

La séance est ouverte à neuf heures.

(Présidence de M. Alexandre Freschi, président de la commission d'enquête)

La commission d'enquête procède à l'examen du rapport de la commission d'enquête.

M. le président Alexandre Freschi. Nous allons examiner le rapport de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain, créée par la conférence des présidents le 13 mars 2018 à la demande du groupe UDI, Agir et Indépendants. Depuis sa réunion constitutive du 29 mars 2018, la commission a organisé 31 auditions, au cours desquelles elle a entendu 121 personnes représentant l'ensemble des acteurs du système de santé – professions de santé, étudiants, usagers et patients, pouvoirs publics, élus locaux. Nous avons également entendu madame Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, le 26 juin dernier, audition au cours de laquelle nous avons échangé sur nos constats et certaines de nos propositions.

La procédure applicable aux commissions d'enquête nous interdit de diffuser le rapport avant sa publication. C'est pourquoi, mes chers collègues, vous n'avez pu le consulter ailleurs que dans une salle dédiée hier et avant-hier, et c'est pourquoi je vous demanderai de ne pas emporter les exemplaires de la version provisoire mis à votre disposition ce matin. Le rapport sera publié jeudi prochain.

Avant de laisser le rapporteur présenter les 25 propositions du rapport, je tiens à remercier l'ensemble des membres de la commission pour leur assiduité et la qualité de nos échanges.

Le travail de la commission visait à dépasser le seul constat, totalement partagé, d'une présence médicale insuffisante sur le territoire, avec une détérioration progressive de la situation depuis plusieurs décennies.

Ceux qui voudraient déposer une contribution écrite destinée à être publiée dans le rapport sont invités à le faire avant demain à dix-sept heures auprès du secrétariat de la commission des affaires sociales.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Je suis ravi de vous retrouver pour cette dernière réunion plénière. Je tiens à remercier les administrateurs, car les cent quatre-vingts et quelques pages que vous avez sous les yeux leur doivent beaucoup et sont très fidèles à la teneur de nos travaux. Je remercie également les députés qui se sont mobilisés autant qu'ils le pouvaient pendant une période somme toute assez courte. L'ensemble des documents, comptes rendus des auditions compris, compte plus de 750 pages ; nous avons, me semble-t-il, réalisé un travail sérieux.

J'ai tâché, dans le rapport, de me montrer le plus fidèle possible à nos échanges avec les différentes personnes auditionnées. Nous nous retrouvons tous sur le plus grand nombre de

propositions et j'en aurai pour ma part deux ou trois complémentaires qui n'emportent pas nécessairement, je le sais, l'adhésion de tous.

On sait très bien qu'il n'y a pas de recette magique mais peuvent être menées des actions de court terme – donc immédiates –, mais aussi de moyen et long termes.

La ministre des solidarités et de la santé sera destinataire du rapport, comme je le lui avais promis, ce qui me semble être la moindre des choses.

Avant d'en venir aux propositions proprement dites, je souligne que ce rapport ne propose pas une révolution, il s'en faut ; mais nous nous sommes efforcés de tirer le meilleur parti des idées des députés et des propositions des personnes auditionnées.

La proposition n° 1 vise à inscrire au tableau de l'Ordre des médecins tout médecin titulaire d'un diplôme étranger qui exerce en France, en révisant la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) et à dispenser de la période probatoire triennale les lauréats des épreuves anonymes de vérification des connaissances qui sont candidats à la profession de médecin, à la condition qu'ils s'engagent à exercer à titre libéral.

Vous avez bien compris que nous manquions de médecins et qu'on ne saurait les multiplier à partir de rien. On sait toutefois qu'il y a 12 000 médecins étrangers qui travaillent en France avec des diplômes étrangers, notamment ces fameux « mercenaires d'hôpitaux » – mais il y en a d'autres. Un grand nombre d'entre eux pourrait bénéficier de la PAE accélérée. C'est pourquoi nous proposons, largement encouragés par le Conseil national de l'Ordre des médecins et en particulier par son président, de supprimer la période probatoire triennale. Il s'agit donc de valider leurs connaissances et s'ils s'engagent à travailler dans le secteur libéral, nous pourrions ainsi récupérer immédiatement entre 1 500 à 2 500 médecins – et même peut-être davantage. Pour mémoire, en 1995, Édouard Balladur avait pris une mesure assez similaire. Il n'en demeure pas moins que, parmi ces médecins, il faut compter les médecins français qui vont se former à l'étranger, médecins qui, quand ils exercent ensuite en France, le font pourvus d'un diplôme étranger, et qui sont de plus en plus nombreux. Bref, une telle mesure permettrait de renforcer les effectifs de la médecine libérale.

Avec la proposition n° 2, il s'agit d'exonérer de toute cotisation de retraite, sans plafond de revenu annuel, les médecins exerçant en situation de cumul emploi-retraite dans les zones de tension. Ce sera évidemment une perte de recette pour la sécurité sociale, mais nous savons que tant qu'ils ne travaillent pas deux jours par semaine, cela n'est pas rentable, si j'ose dire ; il faut bien que nous trouvions un levier. Nous allons donc chercher des médecins titulaires d'un diplôme étranger, c'était la première proposition ; avec celle-ci, nous allons chercher des médecins retraités disposés à travailler deux ou trois jours avec une véritable incitation.

Le Conseil de l'Ordre tient beaucoup à la troisième proposition : la création d'un statut de médecin assistant de territoire. Entre l'issue de la formation d'un médecin – bac plus dix, au moins – et son installation, il y a une zone grise qui peut durer de quatre à sept ans. L'idée, déjà en vigueur pour les assistants des hôpitaux, est que le médecin s'engage pendant deux ans à travailler dans un territoire sous-dense moyennant une petite incitation financière – de 5 000 euros versés sur deux ans. Ce statut d'une durée de deux ans, reconductible pour une année supplémentaire, est protecteur – nombreux sont les médecins qui se demandent, une fois formés, ce qui va leur arriver s'ils ont un « pépin » – et assure une rémunération, financée par les structures hospitalières pour peu, je le répète, que ceux qui en bénéficient exercent

dans une zone sous-dense. Grâce à ce statut, ces médecins, pendant ces fameuses années, peuvent ainsi rendre compatibles leur vie familiale et leur activité professionnelle.

Toujours pour tenir compte de l'avis du Conseil de l'Ordre, la quatrième proposition vise à substituer un régime déclaratif au régime d'autorisation de l'exercice en qualité de médecin adjoint ou remplaçant. En effet, si vous êtes médecin remplaçant, il vous faut écrire au conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) pour lui demander l'autorisation de faire un remplacement, par exemple du 15 au 30 juillet, et il vous faut attendre sa réponse. Nous proposons donc de passer à un régime déclaratif, gage d'efficacité et de souplesse.

J'en viens à la cinquième proposition. Il y a chaque année entre 10 000 et 11 000 médecins « thésés » – qui sont donc docteurs en médecine – ou « non-thésés », c'est-à-dire qui ont terminé leur formation mais qui n'ont pas passé leur thèse. Je rappelle que ces derniers ont trois ans pour la soutenir et que, désormais, ils peuvent la passer dans la dernière phase du troisième cycle – auparavant, on ne pouvait pas soutenir sa thèse avant la fin de l'internat. Un médecin remplaçant « thésé » ne peut pas travailler en même temps que le médecin qu'il remplace. Il s'agit ici de créer un statut de « médecin volant » qui permettrait à des médecins « thésés » de venir ponctuellement épauler d'autres médecins, en particulier ceux installés en zones sous-denses, en qualité de travailleurs non-salariés (TNS). Dans le système en vigueur, les honoraires perçus par le remplaçant sont versés sur le compte du médecin qu'il remplace et qui, ensuite, les lui rétrocède. Aussi, grâce au statut de TNS, désormais, il percevra une rémunération à l'acte et pourra exercer en même temps que le médecin généraliste qu'il vient remplacer – de plus, cette forme de parrainage nous paraît une bonne chose.

La sixième proposition porte sur le fameux dossier médical partagé. On nous annonce une mise en ligne au mois de septembre. Je regarde notre collègue Agnès Firmin Le Bodo, qui sait qu'on en est loin – je peux pour ma part en témoigner pour ma profession !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Ce dispositif a été installé dans ma pharmacie. Or tout le monde n'a pas internet et n'a pas de téléphone portable, surtout les personnes âgées.

M. Philippe Vigier, rapporteur. L'idéal serait d'intégrer toutes les informations contenues dans un dossier médical dans la carte Vitale. L'évolution technologique en la matière est en tout cas maîtrisée : ce qu'on parvient à faire dans la police et la gendarmerie, il n'y a pas de raison qu'on ne puisse le faire dans le domaine de la santé. L'intérêt serait la traçabilité totale du patient, gage d'efficacité des soins en ce qu'elle éviterait les redondances et en ce que le praticien X, Y ou Z aurait connaissance de ce qui s'est passé avec le patient une semaine, trois mois, six mois auparavant.

La proposition n° 7 vise à recenser l'ensemble des compétences dont disposent les professionnels de santé – sages-femmes, pharmaciens et auxiliaires médicaux – et qui ne peuvent être exercées pour des raisons juridiques. Nous avons demandé aux ordres, aux syndicats de nous en donner la liste exhaustive.

La proposition n° 8 découle de la précédente puisqu'il s'agit de permettre aux pharmaciens de vacciner, de renouveler certains traitements, de prescrire des substituts nicotiques – alors que les infirmiers peuvent d'ores et déjà le faire –, de prendre certaines mesures utiles au suivi des traitements et de prendre en charge certaines pathologies bénignes.

La proposition n° 9 consiste à étendre aux infirmiers, dans certains cas et sous certaines conditions, le droit de prescription, de vaccination et d'adaptation de certains traitements.

Proposition n° 10 : créer la pratique avancée pour d'autres professions que les infirmiers. Si on veut promouvoir la pratique avancée, il faut pouvoir utiliser les compétences des kinésithérapeutes, des sages-femmes, des pharmaciens.

Ces dix premières mesures peuvent être prises immédiatement. Je les résume : mobiliser les remplaçants, les assistants et les médecins titulaires d'un diplôme étranger ; utiliser l'ensemble des compétences des professionnels de santé autres que les médecins avec la mise en réseau et avec les nomenclatures idoines ; enfin, simplifier les démarches administratives.

Les propositions n° 11 et n° 12 concernent les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Assurer le maillage du territoire est un avantage. La CPTS, chacun l'aura compris, est la mise en réseau public-privé. C'est un des fils conducteurs du rapport : cessons de cloisonner l'hôpital et la ville – l'hôpital a besoin de la ville et la ville de l'hôpital –, Agnès Buzyn déclarant elle-même qu'on ne pourra plus continuer d'avoir en la matière, comme sur une piste d'athlétisme, deux couloirs. Je garderai longtemps en mémoire l'audition de cette jeune femme médecin généraliste, très désireuse de constituer une CPTS mais dépourvue de moyens pour y parvenir. La création des CPTS doit donc être encouragée et une CPTS ne peut fonctionner qu'à condition d'être animée.

La proposition n° 13 reprend l'idée de créer un numéro d'appel unique regroupant le 15, le 18 et le numéro de permanence des soins. L'orientation du patient doit être beaucoup plus efficiente qu'à l'heure actuelle, puisqu'on a noté des dysfonctionnements ces dernières années. Il s'agirait donc de mettre en place une plateforme départementale unique pour la régulation des soins non programmés, au sein de laquelle seraient intégrées des solutions de téléconsultation et de téléconseil médical personnalisé pour les situations non urgentes. Le président de la commission et moi-même avons rencontré des représentants de cette société suédoise qui a conçu une application grâce à laquelle, à partir d'un téléphone portable, on peut réaliser une consultation – le seul défaut, nous ne l'avons pas mentionné ici, est que le reste à charge est pour le patient de 20 euros. En outre, pour en avoir discuté avec au moins trois présidents de conseil départemental, les collectivités seraient prêtes à financer en partie ce système de plateforme unique qui nécessite du matériel informatique, des locaux...

La proposition n° 14 vise à renforcer le rôle des professionnels de santé non médicaux dans la télémédecine en développant une nomenclature dédiée, en premier lieu pour les pharmaciens et les infirmiers. La nomenclature concernant la télémédecine n'est pas encore assez complète : il faut un meilleur recensement des actes et savoir qui finance quoi. Il conviendra en tout cas de se montrer souple dans la pratique pourvu qu'un médecin soit bien présent au terme du processus.

À travers la proposition n° 15, il s'agit de transformer les groupements hospitaliers de territoire (GHT) en groupements de santé de territoire (GST) regroupant l'ensemble des acteurs publics et privés du système de santé, au sein d'une direction collégiale commune, et définissant une stratégie de santé à partir des territoires. Il faut que nous soyons capables d'assurer un fonctionnement organisé de réseaux. Mardi dernier, Mme Buzyn nous a expliqué qu'il fallait que, dans la chaîne des soins, chacun fasse des efforts et soit coordonné.

Proposition n° 16 : développer les consultations avancées en supprimant les obstacles juridiques et financiers relatifs à la réalisation de ces consultations, notamment pour les médecins travaillant dans les sociétés d'exercice libéral (SEL), et en conditionnant le conventionnement des médecins de second recours souhaitant exercer en secteur 2 dans les zones sur-denses à la réalisation de consultations avancées.

Pour ce qui est de la proposition n° 17, vous savez que des praticiens hospitaliers professeurs des universités peuvent avoir un statut de médecin généraliste exerçant en ville, configuration qui ne vaut pas pour les spécialistes, ce que déplore le conseil de l'ordre. Il s'agit, pour un interne ou pour un praticien, de sortir des murs du centre hospitalier universitaire (CHU) ; il s'agit en effet d'accroître la perméabilité entre la ville et l'hôpital. De la même manière que, dans les écoles supérieures de commerce, des professionnels sont également enseignants et chefs d'entreprise, un praticien hospitalier doit pouvoir donner des consultations avancées.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le problème, c'est le temps plein.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Il faut prévoir un dispositif assez souple. Un praticien hospitalier à temps plein peut être enseignant à raison de quatre-vingt-cinq heures minimum.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Mais il est considéré comme un praticien hospitalier à mi-temps.

M. Philippe Vigier, rapporteur. J'imagine qu'on pourra imaginer un système suffisamment souple pour y remédier.

La proposition n° 18 concerne les internats régionaux. Nous proposons de substituer au classement national de l'internat des épreuves classantes régionales (ECR), avec la liberté de se présenter dans trois régions tout en conservant la souplesse antérieure qui permettait à des internes de changer de région. L'avantage de ce système, et notre collègue Mesnier partage cette idée, est que le nombre d'internes « colle » au nombre d'étudiants. Il ne sert en effet à rien d'ouvrir des postes d'internes dans des régions s'ils ne sont pas pourvus – et c'est toujours aux mêmes endroits qu'ils ne le sont pas. Il serait d'ailleurs intéressant de constater comment cela évolue.

M. le président Alexandre Freschi. Si vous le permettez, nous en discuterons ensuite...

M. Philippe Vigier, rapporteur. Je termine et nous aborderons ensuite les points qui ne vont pas.

La proposition n° 19 concerne le déploiement du contrat d'engagement de service public (CESP) qui permet de contourner l'internat national classant et d'aller où on veut. Il s'agit de revaloriser de 25 % l'allocation mensuelle versée à ses bénéficiaires.

Avec la proposition n° 20, il s'agit de réformer la première année commune des études de santé (PACES) en s'inspirant de l'un des dispositifs alternatifs en cours d'expérimentation comme « Alter-PACES » ou « Pluri-PACES » et qui semblent aller dans le bon sens.

La proposition n° 21 vise à substituer au *numerus clausus* un *numerus apertus* régionalisé. C'est bien beau, en effet, de vouloir ouvrir des postes d'internes, encore faut-il

s'assurer de la capacité de formation correspondante. Il faut donc voir faculté par faculté ce qu'on peut faire et donc mieux tenir compte des besoins territoriaux. On sait parfaitement que tel médecin partira à tel âge et donc – et ne voyez aucun aspect polémique dans mon propos – on doit pouvoir anticiper sans attendre les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui nous ramènent à 2015.

Avec la proposition n° 22, nous souhaitons développer massivement les stages en dehors des CHU, qui devraient représenter au moins 24 mois sur les 36 mois de stages que comporte l'internat de médecine générale (IMG), ce qui est extraordinaire par rapport à la situation actuelle. Et pendant que ces internes sortent du CHU ils laissent autant de places libres. Si vous voulez qu'il y ait de plus en plus de généralistes alors que, pour l'heure, vous n'avez pris aucune mesure coercitive, il faut obliger les internes à réaliser les deux tiers de leurs stages en dehors du CHU, dans un centre de santé, une maison de santé pluridisciplinaire (MSP), une clinique... bref, des lieux de stage qui leur ouvriront peut-être l'appétit pour y exercer. Nous prévoyons par ailleurs que la moitié au moins des 48 à 72 mois de stages prévus pour l'internat dans les autres spécialités soit réalisée en dehors des CHU.

Proposition n° 23 : intégrer pleinement les praticiens libéraux spécialistes aux corps des enseignants des facultés de médecine.

Proposition n° 24 : généraliser les internats et externats ruraux. Ce sont les syndicats d'internes qui sont demandeurs de création de lieux de vie. On pourrait s'appuyer sur des collectivités territoriales qui sont toujours prêtes à s'engager pour favoriser l'accueil des internes, afin que ceux-ci ne se retrouvent pas le soir entre quatre murs un peu tristes. Ceux qui ont la chance de faire l'internat savent que ce moment de la vie doit avoir une dimension conviviale, amicale. Personnellement, je n'oublierai jamais les cinq années extraordinaires que j'y ai passées.

J'ai bien senti qu'il n'y avait pas un assentiment général sur la proposition n° 25 qui consiste à étendre aux médecins les dispositifs de conventionnement sélectif déjà appliqués depuis longtemps à d'autres professionnels de santé. Dans mon introduction, je n'ai pas voulu enfoncer des portes en rappelant que les dix prochaines années allaient être encore plus compliquées qu'aujourd'hui puisque le nombre de médecins disponibles et l'offre de santé vont diminuer alors que la population augmente, de même que le besoin de soins.

J'en ai terminé avec les propositions qui figurent dans le rapport.

J'ai respecté le champ de la commission et je vais maintenant vous exposer les idées auxquelles je ne renoncerai pas. Je propose d'abord qu'à sa sortie de l'internat, le médecin reste trois ans dans la région où il a été formé. Ensuite, je propose la suppression des agences régionales de santé (ARS), mais je sais que les avis divergent sur ce point. Je vous invite à relire le compte rendu de l'audition de la ministre Agnès Buzyn, qui est assez intéressant. Au détour des phrases, on peut comprendre que la vision technocratique et de contrôle l'emporte sur la vision stratégique de santé d'un territoire.

Mme Stéphanie Rist. Tout à fait !

M. Philippe Vigier, rapporteur. Vous avez sans doute remarqué que nous n'avons pas proposé d'incitations financières importantes. À la page 65 figure une proposition consistant à porter de 25 à 35 euros le tarif de la consultation en zone sous-dense sur le long terme, pas sur le court terme pour éviter les effets d'aubaine c'est-à-dire éviter de se retrouver

avec quelqu'un qui reste juste trois ans et qui ne vient que pour toucher son chèque. Les frontières des zones de revitalisation rurale (ZRR) ont changé depuis deux ans. Résultat : un médecin qui ne sera plus en ZRR nous a annoncé par lettre qu'il allait changer de rue pour être de nouveau dans une ZRR. C'est un peu comme au Monopoly : on repasse par la case départ...

M. Marc Delatte. Monsieur le rapporteur, je reconnais que vous avez fait un travail important, même si je ne suis pas d'accord avec toutes les propositions.

Après avoir relu hier le rapport, je ferai quelques remarques.

À la page 8, dans l'introduction, je pense qu'il faut supprimer les mots « bureaucratie rampante », car cela stigmatise ceux qui travaillent dans l'administration.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Dans une introduction, il faut être un peu tonique.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il faut dire les choses.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Cela dit, on pourrait peut-être parler plutôt de bureaucratie « tatillonne ».

M. Marc Delatte. C'est mieux !

M. Philippe Vigier, rapporteur. M. Macron a mis la France en marche ; il faut mettre la bureaucratie à l'arrêt !

M. Marc Delatte. À la page 11, il est écrit que les médecins continuent d'échapper aux dispositifs de régulation. Or je vous signale que les médecins ne sont pas des voleurs de poules.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Ce que nous avons voulu dire c'est que seuls les médecins n'ont pas eu de mesures de régulation.

M. Marc Delatte. Je vous dis ce que je pense.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Nous avons fait des efforts rédactionnels afin que chacun s'y retrouve. On pourrait peut-être écrire plutôt que les médecins ont toujours refusé des mesures de régulation. D'ailleurs, c'est la vérité.

M. le président Alexandre Freschi. Je vous propose d'écrire que les médecins n'ont jamais été soumis aux mesures de régulation.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Cela vous convient-il, docteur Delatte ?

M. Marc Delatte. Tout à fait.

À la page 76, je trouve que les propos sur le conventionnement sélectif sont trop orientés.

À la page 82, vous avez eu raison de souligner que les masseurs-kinésithérapeutes en milieu hospitalier gagnent des cacahuètes.

M. Philippe Vigier, rapporteur. C'est vrai, ils gagnent 1 280 euros par mois ! Cela dit, je tiens à souligner que dans le rapport je parle de « salaires extrêmement bas », pas de « cacahuètes » ! (*Sourires.*)

M. Marc Delatte. À la page 132, je ne suis pas d'accord avec le second paragraphe de la proposition n° 16.

À la page 136, vous faites état de zones « surdotées ». Or, il n'y a pas de zones surdotées.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Il y a quelques têtes d'épingle, quelques zones surdotées, mais il y en a de moins en moins. Expliquez-moi pourquoi il y a onze gynécologues à Saint-Gaudens, ville de 12 000 habitants !

M. Marc Delatte. Par ailleurs, je considère que les ARS devraient jouer davantage leur rôle de régulation.

Enfin, je suis contre la généralisation des CESP.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Ce n'est pas ce qui est écrit. Nous proposons une revalorisation des CESP.

M. Thomas Mesnier. Monsieur le rapporteur, je vous remercie pour votre exposé et pour votre diagnostic que tout le monde partage ici, je pense, de même que les professionnels qui connaissent bien le sujet au quotidien.

Je ferai plusieurs remarques sur le rapport que j'ai lu attentivement dans son intégralité.

Vous avez fait état de propositions qui ne figurent pas dans le rapport, et j'avais compris que le rapport pouvait être quelque peu modifié.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Dans un souci d'honnêteté, j'ai effectivement indiqué tout à l'heure que certaines propositions étaient celles du rapporteur.

M. Thomas Mesnier. Si j'ai bien compris, elles seront intégrées dans le rapport et il sera mentionné que ce sont les propositions du rapporteur.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Absolument.

Mme Stéphanie Rist. Comme la proposition n° 25 qui vise à étendre aux médecins les dispositifs de conventionnement sélectif déjà appliqués depuis longtemps à d'autres professionnels de santé.

M. Thomas Mesnier. Je veux revenir sur la proposition n° 18 qui concerne les ECR. Il est indiqué à plusieurs reprises dans le rapport qu'il s'agit d'une proposition du rapporteur. Il serait bon que cela soit rappelé à la fin du rapport dans la liste des propositions.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Ce n'est pas seulement une proposition du rapporteur. Nous avons été plusieurs à défendre cette idée.

M. Thomas Mesnier. On en a effectivement parlé. Mais ce n'est pas pour cela que j'y suis favorable.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Cette proposition peut faire l'objet d'un vote car c'est un sujet important. Si vous voulez éviter que des postes ouverts ne soient pas pourvus, c'est pourtant la meilleure péréquation que l'on peut faire. J'ai vu qu'une réforme des ECN se profilait, mais je ne suis pas persuadé que la subjectivité des critères aboutira à un meilleur résultat. Avant, l'internat était réservé à ceux qui avaient réussi le concours. Là, tous ceux qui se présentent, tous ceux qui tentent leur chance peuvent gagner.

Tout le monde est d'accord pour dire que les disparités régionales se sont aggravées ces dernières années avec les ECN. Le président de la Conférence des doyens, le président du Conseil de l'Ordre et d'autres sont plutôt favorables à une meilleure péréquation des besoins des régions, pour l'évaluation de leurs besoins de formation. Avec les ECN, l'évaluation des besoins de formation sera beaucoup plus compliquée à agglomérer que si on le fait à l'intérieur même d'une seule région. Je plaide donc à nouveau pour cette idée d'examen régional classant. Mais je respecte ceux qui n'en veulent pas.

M. Thomas Mesnier. Moi aussi, je me souviens de mon internat.

Avec les ECN, les ouvertures de postes se font au niveau régional avec les ARS. Donc je trouve que cela ne changera rien.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Si !

M. le président Alexandre Freschi. Ne refaisons pas le débat ! Nous avons vu qu'il n'y avait pas un assentiment de l'ensemble des commissaires.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Ma question porte sur la méthode : faut-il reprendre chacune des propositions et les mettre aux voix ?

M. le président Alexandre Freschi. Non.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Celles qui seront votées à la majorité feront partie du rapport. Les autres sont celles du rapporteur et de plusieurs de ses collègues.

M. Philippe Vigier, rapporteur. J'ai déjà exclu trois propositions. Par exemple, je sais que Guillaume Garot est favorable au non-conventionnement. Je tiens à ce que le rapport reflète fidèlement vos opinions.

S'agissant des ECN, quand je vois arriver cette nouvelle réforme qui sort du chapeau, je me dis qu'il faut voter pour savoir qui est favorable aux ECR.

Mme Stéphanie Rist. En fait, la réforme des ECN qui a été annoncée par la ministre se rapproche de l'adaptation aux régions puisqu'il s'agit d'une combinaison entre les compétences d'un étudiant et les besoins d'une région.

Ce qui me gêne dans la proposition, c'est que vous ne dites pas qu'il faut améliorer l'adéquation entre le nombre de postes et le nombre d'internes.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Ce matin, avant la réunion, nous avons réécrit cette proposition. Vous avez raison, il faut une totale adéquation. J'ai recensé plus de 240 postes vacants.

Mme Stéphanie Rist. La réforme proposée par la ministre...

M. Philippe Vigier, rapporteur. Mais elle n'est pas opérationnelle ! Nous sommes à un instant T. La réforme interviendra plus tard. Cette proposition n'empêche en aucun cas la ministre de faire ce qu'elle veut. Je rappelle qu'une commission d'enquête doit être force de propositions.

Mme Stéphanie Rist. Mais vous ne pouvez pas dire que cette réforme ne répond pas au problème.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Ce qui anime nos débats dans l'hémicycle, c'est l'indépendance du pouvoir législatif par rapport au pouvoir exécutif. Restons dans notre rôle de députés qui est de faire des propositions. Si la ministre propose une mesure un peu différente...

Mme Stéphanie Rist. Mais vous avez commencé votre propos en disant des choses fausses sur la réforme des ECN.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Je ne peux pas intégrer dans le rapport quelque chose qui n'existe pas encore et qui sera présenté dans quelques semaines.

En résumé, l'internat régional classant permettrait de passer trois concours et donc de changer de région. C'est la perméabilité.

Nous sommes ici pour faire preuve d'intelligence collective. Nous souhaitons que le nouveau système fonctionne, mais en attendant nous proposons une étape.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Qu'est-ce qui garantit que les internes resteront dans la région où ils auront été formés ? On peut très bien faire son internat dans une région et s'installer dans une autre.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Le pourcentage d'étudiants qui restent dans la région où ils ont été formés est de 57 % ou 58 %.

M. le président Alexandre Freschi. Je mets aux voix la proposition n° 18 (*devenue 20 à l'issue des débats*).

La proposition n° 18 (devenue 20) est adoptée.

M. Thomas Mesnier. J'ai bien noté que la proposition n° 25 (*devenue 27*) était une proposition du rapporteur. Je considère que le second alinéa de la proposition n° 16 (*devenue 18*) dit un peu la même chose que la proposition n° 25. On pourrait peut-être le supprimer.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Il convient donc de supprimer le second alinéa de la proposition n° 16 qui a trait aux consultations avancées.

M. Thomas Mesnier. Le dernier point sur lequel je sollicite la bienveillance du rapporteur concerne la proposition n° 15 (*devenue 17*) qui vise à transformer les GHT en GST.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Mais c'est le fondement du système de santé qui est menacé.

M. Thomas Mesnier. Je demande seulement qu'il soit indiqué si c'est une proposition du rapporteur ou une proposition de la majorité ou de la minorité des membres de la commission.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Nous devons être des aiguillons. Le découplage passe, à un moment ou un autre, par une gouvernance. On a bien vu que quand la gouvernance était assurée par les GHT ou les ARS, c'est-à-dire quand on imposait les choses d'en haut, il y avait éclatement avec la base et de la santé dans les territoires. Il faut donc avoir la démarche inverse.

Par exemple, j'ai vécu assez cruellement le fait qu'il ait fallu attendre six mois dans le petit hôpital qui était près de chez moi parce que les achats passaient par la maison mère.

Soyons honnêtes, quel est le taux de remplissage des scanners et des appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans les hôpitaux et dans celui des cliniques privées ? Il est souvent le même. A-t-on intérêt à multiplier des installations fort coûteuses ? Avec une gouvernance améliorée, on ne mettra pas trois IRM dans la même ville alors qu'il n'y a de place que pour deux.

M. Thomas Mesnier. C'est l'ARS qui gère l'installation des IRM et des scanners.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Et comment sont délivrées les procédures d'agrément ? Sans savoir comment est structurée l'offre de soins et sans savoir d'où viennent les patients. Je pourrais vous parler de l'exemple de Dreux et de Chartres.

M. Thomas Mesnier. En Charente, l'ARS sait très bien d'où viennent les malades qui passent une IRM ou un scanner.

M. Philippe Vigier, rapporteur. C'est peut-être parce qu'elle fonctionne bien chez vous !

M. Thomas Mesnier. Là encore, je ne veux pas recommencer le débat. Je ne demande pas de supprimer certaines choses du rapport, mais peut-être de nuancer la formulation de certaines propositions. En l'occurrence, je souhaiterais savoir si la majorité des commissaires est favorable à la proposition n° 15 (*devenue 17*). Dans le cas contraire, il conviendrait de le noter dans le rapport.

Je vous rassure, je ne demanderai pas d'autres votes.

Mme Stéphanie Rist. Définir une stratégie territoriale en découplant public, privé et médico-social ne requiert pas la constitution de GST comportant une direction collégiale commune des hôpitaux publics et privés. Il est tout à fait possible d'atteindre l'objectif avec les GHT tels qu'ils sont prévus par la loi en vigueur. Il faut probablement encourager ces regroupements, mais les transformer pour créer des GST qui feraient le travail de l'ARS – car c'est d'elle que relève la stratégie territoriale – n'a pas de sens à mes yeux.

M. Jean-Paul Dufrière. Je partage les idées intéressantes du rapporteur sur la mise en réseau. Il y a parfois des intérêts divergents entre l'hôpital privé et l'hôpital public. Certaines cliniques à but lucratif se spécialisent dans certaines disciplines et aspirent des compétences complémentaires pour d'autres structures. Il est important de ne pas travailler en tuyaux d'orgues, mais cette direction collégiale commune m'inquiète.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je ne sais pas s'il faut une direction commune, ce rôle est pour l'instant assumé par l'ARS, mais je suis favorable à ce qu'il soit partagé. Il faut trouver une structure qui permette au public et au privé de discuter et de travailler ensemble, sous l'autorité de l'ARS.

Mme Stéphanie Rist. C'est déjà possible dans la loi, avec les GHT. À l'heure actuelle, il est possible de créer des coopérations avancées.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le GHT est public, il n'y a pas d'instance qui regroupe le public et le privé. Mais je trouve que le terme de « direction » est un peu fort.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. La coopération entre public et privé est nécessaire, et le sera de plus en plus. Dans certains domaines, elle se fait *de facto*. Mais dans certains territoires où les coopérations ne se font pas pour des motifs personnels, il va falloir inciter à leur mise en place. Viendra un moment où nous serons obligés de fortement inciter à réaliser ces coopérations. Faut-il transformer les GHT en GST ? Peut-être, en tout cas il faudra trouver une structure qui oblige à mutualiser et rapprocher le privé et le public. Transformer tout de suite les GHT en GST est un moyen, nous ne savons pas si c'est le bon.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il faut favoriser les regroupements.

M. le président Alexandre Freschi. Aujourd'hui, nous savons qui devrait définir les stratégies de santé à partir des territoires, et nous savons aussi que ce n'est pas fait efficacement. Une mission a été créée pour que les choses soient mieux faites, et la ministre a bien dit qu'elle allait prioriser un renforcement des liens avec les territoires. Nous risquons d'empiéter sur des missions relevant déjà de structures existantes.

M. Philippe Vigier, rapporteur. L'encouragement est toujours une bonne mesure... Mais tout cela me rappelle nos débats de ces derniers jours sur le Préambule de la Constitution : nous proposons d'agir pour protéger l'environnement, mais sans donner d'objectifs de résultat. Je pense qu'il faut fixer de tels objectifs.

Des ARS refusent les coopérations public-privé. Dans ma région, par exemple, j'ai monté une coopération public-privé avec Vendôme, et elle a sauté parce que ce n'est pas dans la loi : ça n'a qu'un caractère facultatif.

Mme Monica Michel. Dans ma région, l'ARS pousse à des coopérations entre public et privé, dans le cadre du GHT. Il y a donc les deux cas de figure.

M. Philippe Vigier, rapporteur. On ne peut pas se contenter de dire qu'il faut plus d'efficacité, que certaines dépenses ne servent à rien, qu'il y a de mauvaises prises en charge. Comment assurer la meilleure prise en charge d'un patient d'un point A à un point B ? Cela ne me dérange pas qu'il passe par la case « privé ». Mon rêve, pour ainsi dire, est de définir les parcours selon les besoins : comment fait-on un parcours de natalité, ou de néonatalité avec intervention chirurgicale ?

Aujourd'hui, les acteurs marchent les uns à côté des autres. Je ne nie pas que les choses fonctionnent dans quelques endroits, que des coopérations se fassent, mais dans d'autres endroits ça ne marche pas du tout. À chaque fois, cela signifie des redondances, de l'inefficience, et il faut gérer des pénuries de personnel. Je vous invite à venir voir ce qui se passe à Bourges, et vous comprendrez la nécessité de mieux utiliser le privé : le centre hospitalier général d'un département de 320 000 habitants n'est presque plus capable d'assumer les urgences. S'il y avait une vraie mutualisation, il n'y aurait pas de sujet.

Une fois de plus, mes chers collègues, nous sommes députés : la politique de santé est définie par le ministère, nous n'en avons pas la charge. Mais nous devons alerter et proposer. Vous pouvez diverger sur certaines propositions, et je respecte les positions de chacun, mais comment faire pour améliorer l'efficience ?

Pour reprendre l'exemple de ma région, il y a un hôpital à Châteaudun, mais les analyses médicales partent à Orléans – sans même qu'il y ait eu appel d'offres, mais c'est un autre sujet. L'efficience ne consisterait-elle pas à les envoyer à une structure privée plus proche, capable de répondre vingt-quatre heures sur vingt-quatre ? Mais pour le directeur de l'hôpital, qui est public, les analyses doivent se faire dans la sphère publique. On ne peut pas fonctionner avec des œillères en 2018 !

M. Guillaume Garot. Je souscris totalement à ce que vient de dire M. Vigier, il faut bien rappeler quel est notre rôle : nous sommes une commission d'enquête, nous allons verser au débat public un rapport, en souhaitant qu'il nourrisse un débat, qu'il fasse évoluer les mentalités, qu'il accélère les prises de conscience et favorise les changements. Ensuite, ce sera au Gouvernement de prendre ses responsabilités, mais si nous sortons un rapport un peu timoré, si c'est un robinet d'eau tiède, il n'aura servi à rien et nous n'aurons pas rempli notre office.

Dans notre rôle de parlementaires, nous tirons les sonnettes d'alarme : c'est là-dessus que nous sommes attendus. Et il est très important que, dans le respect de notre diversité et du pluralisme de nos points de vue, nous formulions le constat qu'on ne peut pas en rester à la situation qui prévaut aujourd'hui. Il faut nécessairement des mesures de changement. Le Gouvernement fera ce qu'il entend, mais nous aurons rempli notre rôle en avançant des propositions. Et j'espère qu'elles permettront d'interroger nos pratiques et d'avancer.

C'est le meilleur service que les députés de la majorité puissent rendre au Gouvernement. Si vous voulez l'aider, soyez audacieux aujourd'hui.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Le terme de direction collégiale commune semble choquer. Si nous mentionnions plutôt une organisation collégiale ?

Mme Gisèle Biémouret. Il y a quelques années, lorsque je présidais la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), j'ai publié un rapport sur la dette hospitalière. Cela m'a naturellement donné l'occasion d'aller visiter quelques hôpitaux, et prévoir une coordination entre le public et le privé ne me choquerait pas. Parfois, un hôpital et une clinique privée se font face de part et d'autre de la route, et lorsqu'il y a des urgences en pleine nuit, des personnes âgées aux pathologies multiples qui n'intéressent pas une clinique privée sont envoyées en face, à l'hôpital.

La coordination permettrait de sensibiliser quelques cliniques privées qui ne se sentent pas concernées par l'accueil de tout patient. Si elles sont dans la boucle, elles seront peut-être responsabilisées.

M. Jean-Paul Dufrène. Je suis d'accord, nous ne sommes pas enfermés dans des certitudes d'un autre âge, nous voyons bien que la société a besoin d'interactions et de complémentarités. Mais il faut repenser la place de l'hôpital dans cette organisation, pour un service public hospitalier fort. On ne peut s'empêcher d'imaginer que certains ont des arrière-pensées. Nous ne vivons pas dans un monde idéal, certains pensent à faire de l'argent sur le dos de la santé, et je ne voudrais pas que nous aboutissions à une médecine à deux vitesses, avec des structures où les choses seraient différentes parce qu'on met un peu d'argent de sa poche.

En théorie, les propositions du rapporteur me conviennent, mais il faut repenser la place de l'hôpital.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Je suis totalement acquis à votre cause, monsieur Dufrène. Lorsqu'une personne est placée dans une filière de soins, c'est le meilleur moyen d'encadrer les tarifications.

Dans ma région, une coopération a été instaurée. Les praticiens des cliniques privées voulaient pouvoir appliquer les dépassements d'honoraires qu'ils décidaient. Je leur ai dit qu'il n'y aurait jamais de coopération s'ils n'encadraient pas leurs honoraires, et ils ont accepté.

Avec les difficultés d'accès aux soins, ce sont les plus riches qui vont s'offrir les consultations les plus chères, avec des dépassements d'honoraires élevés, et les problèmes de mobilité qui s'ensuivent.

C'est l'avantage de structurer en filières. On peut remplacer le terme de direction collégiale par celui d'organisation collégiale, mais nous devons donner l'impulsion, comme le disait M. Garot, pour décloisonner et mettre en place une organisation dans chaque département. Les conventionnements aux structures privées sont donnés par les ARS, et la CNAMTS est derrière. Je propose d'intégrer ces structures dans un réseau, de façon à les tenir, sinon il y aura des débordements. Parmi les cliniques, nous savons qu'il y a eu beaucoup de regroupements car certaines sont devenues beaucoup moins lucratives qu'il y a quelques années.

Mme Stéphanie Rist. Les députés de la majorité sont dans cette commission parce que, sur leur territoire, ils font face à un grave problème de politique de santé. Il faut arrêter de nous expliquer que ce rapport doit être un moyen d'aider : c'est déjà notre position, c'est ce que nous voulons.

Cette proposition et d'autres ne vont pas assez loin, selon moi, pour pousser le Gouvernement à adopter des mesures efficaces. Créer un GST avec une direction collégiale va favoriser le privé. Techniquement, s'il n'y a pas de budget commun, cela ne servira à rien, alors que je crois vraiment qu'il y a un travail beaucoup plus important à faire sur les GHT, en les obligeant à réaliser les évaluations qui auraient dû être faites, en utilisant tout ce que la loi prévoit. Au lieu de lancer des mots qui feront que le grand public ne retiendra pas la proposition, je crois que ce rapport doit proposer d'aller plus loin avec les GHT, de favoriser

l'obligation d'évaluation. C'est pour faire cela que nous sommes dans cette commission d'enquête, et non pas parce que nous sommes de la majorité.

Mme Monica Michel. Je ne fais pas partie du corps médical, mais je viens d'un territoire où nous avons de vrais soucis dans ce domaine, et c'est pour cette raison que j'ai souhaité faire partie de cette commission.

Quels bilans avons-nous des GHT depuis leur mise en œuvre ?

Le territoire des Bouches-du-Rhône est vaste et contrasté, nous sommes proches d'une frontière et le GHT, pour nous, est à l'échelle du département. Pourquoi remplacer les GHT par des GST sans savoir quels résultats les GHT ont vraiment produits ? Nous risquons d'arrêter quelque chose sans savoir s'il fonctionne ou s'il peut être amélioré, pour le remplacer par quelque chose dont on ne connaît pas vraiment l'étendue.

Lorsque l'on déclare que la stratégie doit être définie à partir des territoires, qu'est-ce qui est entendu par territoire ?

M. Philippe Vigier, rapporteur. Ce sont les bassins de vie, tels que définis par l'INSEE.

Mme Gisèle Biémouret. Il faut prendre en compte les réalités territoriales. J'habite le nord du Gers, un département où, bientôt, il n'y aura plus de cardiologues, où l'hôpital public n'a pas de place pour les mammographies, où les cardiologues viennent du CHU de Rangueil, à Toulouse. À Condom, lorsqu'il y a un problème cardiaque, l'hôpital d'Agen n'étant pas suffisamment équipé, nous allons systématiquement à la clinique Esquirol-Saint-Hilaire, car il n'y a pas d'alternative.

C'est pourquoi je pense, moi qui soutiens totalement l'hôpital public, que cette solution peut aider le parcours du patient dans certains territoires. Tout le monde n'est pas informé, tout le monde ne sait pas. J'essaie de me mettre à la place de nos concitoyens qui se trouvent dans une situation compliquée et qui ne savent pas. Les GHT sont là pour faciliter les parcours des patients, même s'ils sont compliqués à mettre en place, et que dans certains cas, ils ne se font pas. C'est le cas chez moi, mais ils constituent peut-être une solution.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Je veux bien remplacer le mot « direction » par « organisation ». Pour faire le bilan des GHT, il faut comparer la situation de chacun des départements et de chacun des GHT. Quelques-uns fonctionnent, certains ne sont pas encore en fonctionnement, et pour d'autres, nous n'avons aucun critère d'évaluation.

L'audition qui m'a le plus marqué est celle de la DREES. Quand on confie les missions d'évaluation à des directions distantes de ce qui se passe au quotidien, c'est compliqué. Il s'agit de la santé, pas d'un petit sujet d'économie classique.

Si nous n'émettons pas une recommandation forte pour une meilleure coordination, qui le fera ?

M. Thomas Mesnier. Cette mesure me pose un vrai problème. On peut atteindre le même objectif par des méthodes différentes. On peut faire partie de la majorité et être en accord avec sa ministre, parfois en désaccord, ou pousser certaines mesures.

La proposition n°15 (devenue n°17) modifiée sur proposition du rapporteur, mise aux voix, est adoptée.

M. Thomas Mesnier. Je suis dubitatif quant aux propositions n° 3 et n° 5 sur les médecins-assistants de territoire et les médecins volants, qui sont pour moi très proches des praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) et des praticiens territoriaux de médecine ambulatoire (PTMA). Je ne vois pas en quoi cela apporterait un progrès.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Cette mesure a été fortement préconisée par le président du Conseil de l'Ordre national des médecins : c'est la mesure « miroir » de celle relative aux praticiens hospitaliers. Lorsque nous avons interrogé les internes, ils nous avaient déclaré qu'il y a une période intermédiaire pendant laquelle nous devons les aider à trouver leur chemin de vie, pendant laquelle ils bénéficieront d'une protection – le mot a été prononcé à plusieurs reprises.

M. Thomas Mesnier. Sur le médecin volant, de la même façon, nous sommes probablement assez équipés en statuts différents.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Par cette mesure, un médecin généraliste, qui a le dossard de maître de stage, pourrait accueillir un médecin qui viendrait travailler avec un statut de travailleur non salarié. Il y a 7 000 médecins disponibles : si nous pouvons en récupérer 2 000, ce serait déjà ça !

Ce sont les médecins qui m'ont dit qu'il y avait ce vivier, et que des mesures plus incitatives permettraient de les injecter dans la médecine libérale.

M. Thomas Mesnier. Je me retrouve dans les propositions n° 6, n° 7, n° 8, n° 9 et n° 10, même si j'aurais plutôt parlé, s'agissant des cliniques, d'« accès direct » que de « pratique avancée ».

Je trouve par ailleurs que le nombre d'animateurs de CPTS est élevé, je crois que la moitié suffirait, mais c'est un point de détail.

Je me félicite de voir que certaines propositions formulées dans mon rapport sont reprises ici, ainsi que de constater que, suite à nos échanges, la proposition sur le contrat d'engagement de service public (CESP) et plusieurs autres ont évolué.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La proposition d'inscrire au tableau de l'Ordre tout médecin titulaire d'un diplôme étranger qui exerce en France me paraît dangereuse car, une fois inscrit, un médecin a le droit d'exercer la médecine dans n'importe quelle situation. Ces médecins étrangers exercent aujourd'hui à l'hôpital, où ils sont encadrés. S'ils passent dans le secteur libéral, il n'y aura plus de contrôle, et cela peut être un danger pour les patients si leurs capacités n'ont pas été vérifiées.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Peut-être la rédaction est-elle perfectible, mais il y a déjà 11 500 à 12 000 médecins qui exercent dans les hôpitaux sans être inscrits au tableau du Conseil national de l'Ordre.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Certes, mais ils sont encadrés au sein d'une structure hospitalière. Ils ne sont pas sous leur seule responsabilité.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Ce chiffre est en augmentation, et cette situation n'est pas acceptable quand nous demandons par ailleurs à toutes les autres professions de santé, médicales et paramédicales, de répondre à des conditions de diplômes et autres.

Je rappelle que la proposition prévoit de réviser la procédure d'autorisation d'exercice de façon à dispenser de la période probatoire triennale les lauréats des épreuves anonymes de vérification des connaissances qui sont candidats à la profession de médecin.

Actuellement, un médecin étranger doit travailler trois ans au minimum dans une structure hospitalière avant d'aller dans le privé.

L'idée est la suivante : l'intéressé s'inscrit ; on vérifie ses connaissances ; si elles satisfont le jury, il est exonéré de ces trois ans et peut se projeter dans le secteur libéral.

On a évalué à 2 000 ou 2 500 le nombre de médecins dont on pourrait être certain des capacités professionnelles, et qui ne resteraient pas. Je rappelle qu'ils sont souvent en dépassement d'honoraires, bien que le prix des gardes et des remplacements soit fixé par décret. Les directeurs d'hôpitaux les autorisent pour éviter cette course à l'échalote.

C'est une régularisation après vérification des connaissances.

M. Cyrille Isaac-Sibille. C'est théorique !

M. Philippe Vigier, rapporteur. Non, et c'est d'ailleurs écrit : « *les lauréats des épreuves anonymes de vérifications des connaissances...* »

M. Cyrille Isaac-Sibille. Des connaissances théoriques ! Personnellement, je trouve dangereux de les laisser partir en libéral sans avoir vérifié leurs connaissances théoriques et pratiques.

M. le président Alexandre Freschi. Les centres de gestion s'occupent de vérifier l'aptitude professionnelle des médecins. Leur aptitude est donc confirmée.

M. Cyrille Isaac-Sibille. On court au danger !

M. Philippe Vigier, rapporteur. On pourrait donc indiquer « *épreuves théoriques et pratiques* ». Est-ce que cela convient à tout le monde ? L'amendement est donc retenu.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Merci bien.

J'en viens à la proposition 13 sur la mise en place d'un numéro unique et d'une plateforme unique. On est là encore dans la théorie. On connaît la bataille qui oppose sur le terrain les « blancs » et les « rouges », à savoir le service d'aide médicale urgente (SAMU), les médecins et les pompiers. Si on arrive à les faire travailler ensemble, ce sera très bien. Mais je pense qu'on n'y arrivera pas. On peut toujours se faire plaisir...

J'en viens au statut. Je suis favorable à la mixité ville-hôpital. Mais si on veut mélanger le privé et le public, il faut pouvoir mélanger les deux statuts, les libéraux et les salariés. Le praticien libéral pourra travailler à l'hôpital ou à côté de l'hôpital, et inversement, un salarié pourra aller dans les maisons de santé. C'est d'ailleurs une proposition que je ferai.

M. Philippe Vigier, rapporteur. C'est tout à fait dans l'esprit du rapport.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Oui, mais on parle des structures, et pas du statut.

Mme Stéphanie Rist. Mais si ! Dans la proposition n° 17, il est question du statut.

M. Cyrille Isaac-Sibille. En effet. Mais des libéraux pourraient aussi venir travailler à l'hôpital – je pense notamment aux urgences.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Je reprends, à la page 133 du rapport, la proposition n° 17 : « *Modifier le statut des praticiens hospitaliers pour permettre à l'exercice mixte entre la ville et l'hôpital de rentrer dans le droit commun...* » On ne peut pas faire mieux !

M. Cyrille Isaac-Sibille. Mais ça, c'est pour l'hôpital !

M. Philippe Vigier, rapporteur. Non : « *pour permettre à l'exercice mixte entre la ville et l'hôpital de rentrer dans le droit commun* ». Il conviendrait de modifier le statut des praticiens hospitaliers et ensuite, de faire en sorte que les médecins libéraux puissent bénéficier d'un statut de praticiens hospitaliers.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Ou exercer à l'hôpital en conservant leur statut libéral.

Je ferai une dernière observation : si les gens vont aux urgences, c'est parce qu'ils ont besoin d'un plateau technique. Or, en ville, il n'y a pas suffisamment de plateaux techniques.

M. Philippe Vigier, rapporteur. On a pris l'exemple de Belle-Île dans le rapport, comme me le soufflent les administrateurs...

M. Cyrille Isaac-Sibille. Actuellement, si vous vous foulez la cheville ou si vous avez besoin d'une suture, vous êtes obligé d'aller à l'hôpital, parce qu'il n'y a plus de structure libérale où l'on puisse poser un plâtre, faire une radio ou faire un point. Je vous ferai un petit rapport sur le sujet.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Nous incluons la contribution de notre collègue au rapport.

M. Jean-Paul Dufrière. Je voudrais revenir sur le *numerus apertus*. Il fallait de toute façon le revoir, mais je m'interroge. A-t-on des chiffres ? A-t-on regardé ce qu'il était possible de faire dans les différentes régions par rapport aux capacités d'accueil ?

Ne va-t-on pas favoriser des secteurs, des régions, des universités qui pourront mettre des moyens, qui ont du potentiel, alors que d'autres feront le strict minimum ? Partant du constat selon lequel 57 % des médecins restent dans la région où ils ont été formés, est-ce que la solution ne va pas créer des difficultés dans certaines régions ?

Encore une fois, le *numerus clausus* est à revisiter. Mais avant de s'engager, il faut étudier les potentialités.

M. Philippe Vigier, rapporteur. La réponse est dans la question, qui comporte trois éléments.

Premier élément : vous vous souvenez que pendant la campagne présidentielle, on avait dit qu'il fallait supprimer le *numerus clausus*. Mais on ne peut pas supprimer le *numerus clausus* car cela voudrait dire que l'offre de formation est illimitée.

Deuxième élément : nous avons demandé par téléphone au président de la Conférence des doyens s'il avait une idée de la consolidation, et quelle était l'offre possible. Il m'a répondu qu'on pouvait l'augmenter de 20 à 30 %.

Je précise que l'on doit le terme de *clausus apertus* à Thierry Moulin, le président de la Société française de télémédecine. En clair, on verra quelles seront les capacités, région par région, en veillant à la mettre en adéquation avec les besoins régionaux.

Troisième élément : cette mesure est liée à la capacité de formation, donc au nombre d'internes qui sont dans les murs. Et elle est liée intimement au fait que si on sort davantage d'internes des murs, par exemple si un interne de médecine générale ne passe qu'un an au CHU et deux ans à l'extérieur avec un maître de stage, on libère davantage de places à la maison mère.

Il faudra prendre en compte à la fois la mise en place de cette mesure de « sortie des murs » des internes, et la capacité de formation, pour fixer précisément le *numerus apertus* région par région, de manière à mieux s'adapter aux régions les plus sous-dotées. Cela étant, ce qui était vrai il y a cinq ou six ans l'est beaucoup moins aujourd'hui. Il y a des « têtes d'épingle » sur-dotées, mais tout le monde est en train de devenir sous-doté.

Pour calculer le *numerus apertus*, il faut prévoir la capacité de formation, qui passe par les doyens, et par la nouvelle organisation des stages pendant l'internat de médecine générale ou de spécialité. Mais supprimer le *numerus clausus*, cela n'a pas de sens.

Mme Stéphanie Rist. C'est pourtant ce qui ressort de la proposition 21. Écrire que l'on substitue un *numerus apertus* à un *numerus clausus* signifie que l'on supprime le *numerus clausus*.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Ce n'est pas la même chose : on le transforme, on met un chiffre.

Mme Stéphanie Rist. On n'est pas obligé de le mettre. C'est comme si on passait par Parcoursup, en prenant une filière en option. C'est le même raisonnement.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Non : on évalue filière par filière, la capacité de formation...

Mme Stéphanie Rist. C'est ce qui se passe en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) ou en psychologie.

Celui qui souhaite faire des études de médecine après le bac, fera son Parcoursup, en choisissant l'option « santé ». En fonction du nombre de places, il sera pris ou il ne sera pas pris avec Parcoursup. C'est comme cela que cela se passe pour les STAPS, où il y a un *numerus clausus*.

M. Philippe Vigier, rapporteur. On est bien obligé de faire une sélection.

Mme Stéphanie Rist. Cela étant, je suis tout à fait d'accord avec cette proposition. Mais je retirerais « régionalisé » parce que je pense que, de fait, les capacités de formation sont régionalisées.

M. Philippe Vigier, rapporteur. J'espère vous avoir rassurée,

M. Jean-Paul Dufrègne. Je pense qu'il faut aussi un pilotage national, et qu'on peut décider alors de renforcer un secteur, même si, au niveau de ce secteur-là, on n'avait pas forcément la volonté de le faire.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Un arrêté conjoint du ministre de l'enseignement supérieur et du ministre de la santé fixe le nombre d'internes par région.

Mme Stéphanie Rist. Mais le *numerus clausus* porte sur le nombre d'étudiants de première année, pas sur ceux de l'internat...

M. Philippe Vigier, rapporteur. Il concerne ceux qui rentrent en deuxième année. Il y a d'ailleurs eu, ces dix dernières années, des rattrapages plus marqués dans certaines régions que dans d'autres.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il n'y a rien sur l'évolution des différentes professions. Or on transforme profondément certains métiers. Le métier de pharmacien, pour lequel j'ai fait mes études, n'est pas le même aujourd'hui qui sera sûrement différent de celui qu'on exercera dans les cinq ou dix ans. C'est valable pour d'autres professions comme les médecins. Dans ces conditions, comment faire évoluer la formation, qui ne pourra pas rester la même ?

M. Philippe Vigier, rapporteur. On pourrait compléter la proposition n° 7 : « *recenser toutes les compétences dont disposent les sages-femmes, pharmaciens, etc.* » par : « *et adapter leur formation en conséquence* ».

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Autre bémol : pour répondre, à un instant T, à un manque de médecins, on fait glisser les tâches d'une profession à l'autre. Mais dans quelques années, normalement, on devrait retrouver un niveau normal. Sera-t-on capable de refaire glisser les tâches ? Et dans vingt ans ?

Je pense aux infirmières. Si les pharmaciens peuvent pratiquer des vaccinations, accessoirement, ils prennent leur travail aux infirmières. Comment faire pour ne pas aller trop loin ? Parce que le retour de balancier risque d'être très problématique.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Je pense que la remarque de Mme Firmin-Le Bodo mériterait que l'on introduise le mot « formation » que je proposais, ainsi qu'une autre phrase dans l'introduction.

Mme Stéphanie Rist. On l'a dit dans l'introduction.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Ce que veut dire Mme Firmin Le Bodo, c'est qu'il faut un pilotage beaucoup plus fin pour éviter, dans dix ans, de se retrouver dans des situations impossibles. Ce qui s'est passé est assez édifiant. Je pense qu'on pourrait prévoir de réactualiser le pilotage à un rythme qui reste à trouver, par exemple tous les deux ou trois ans.

C'est vrai qu'en 2025, on va retrouver un niveau de médecins suffisant ; il est d'ailleurs déjà en train de remonter. Certaines tâches ont été « reventilées », ce qui a pu entraîner certaines difficultés.

On a ouvert les vannes pour les infirmières. On l'a fait pour les kinésithérapeutes – certains kinésithérapeutes français se sont même formés à l'étranger. Mais ils sont dans une

extrême difficulté en ville, et sont embauchés dans des conditions dramatiques dans les hôpitaux, avec des grilles de tarification très basses.

Nous avons donc besoin d'un pilotage fin de l'ensemble des formations, qui devra tenir compte des évolutions, et qu'il faudra revoir très régulièrement. Peut-être faudra-t-il fixer le rythme de ces révisions ? Je ne sais pas ce que vous en pensez.

M. Jean-Paul Dufrègne. Les modèles changent beaucoup plus vite qu'auparavant. Il faut donc anticiper ces changements.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Dans trois ans, il y aura peut-être 30 % de consultations numériques.

M. Jean-Paul Dufrègne. Je voudrais évoquer une question qui ne figure pas dans les propositions, mais qui a été évoquée dans le rapport : les aides sociales et les aides fiscales dont bénéficient, notamment, les professionnels de santé dans les zones de revitalisation rurale (ZRR).

Le dispositif des ZRR est présenté dans le rapport de manière négative, uniquement sur la base d'informations transmises par la direction générale des finances publiques (DGFIP), qui n'est pas forcément la plus objective lorsqu'il s'agit d'apprécier les mesures d'exonérations fiscales. Je ne dis pas que c'est un dispositif miraculeux. Mais les ZRR ont permis, sur certains territoires de ma circonscription, l'installation d'un certain nombre de professionnels de santé. Elles ne sont donc pas à condamner.

En dernier lieu, je n'ai pas vu dans le rapport de mesures coercitives. C'était la proposition n° 26...

M. Philippe Vigier, rapporteur. Cela fait partie des propositions du rapporteur...

Dans la proposition n° 25, je propose d'étendre aux médecins les dispositifs de conventionnements collectifs. M. Garot n'était pas là, mais je l'ai fait parler en son absence sur cette question, en précisant qu'il y était favorable.

Pour ma part, je considère que si rien n'est fait ou que l'on se contente de « mesurette », on sera obligé de faire un minimum de régulation – à moins que ce ne soit plus grave et que le système explose complètement.

C'est une des mesures proposées par le rapporteur. Je l'inscrirai à la fin du rapport, en précisant qu'elle ne concerne que moi, de même que la revalorisation de 10 euros du tarif des consultations en zone sous-dotée (proposition n°6) et la suppression des ARS (proposition n°16), deux propositions qui figurent déjà dans le rapport mais que j'ajouterai à la liste annexée qui en comptera donc 27 au total, dont 3 émanant du seul rapporteur.

M. Jean-Paul Dufrègne. Il faut savoir lâcher, comme le disait tout à l'heure M. Garot, pour faire avancer la réflexion.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Cela fait dix ans que je le prône – alors que je suis un libéral...

M. le président Alexandre Freschi. La régulation n'est envisageable que si on a des personnes à réguler.

M. Guillaume Garot. Au nom de quoi la régulation ne fonctionnerait qu'à partir d'excédents ? La régulation est un principe. Quel que soit le nombre, on doit pouvoir réguler. Qu'est-ce que c'est que cet argument ?

M. le président Alexandre Freschi. Il n'y a pas assez de médecins en Île-de-France...

M. Guillaume Garot. C'est intellectuellement faux. Admettons qu'il y ait six régions et quatre médecins. Il n'y a pas assez de médecins pour avoir un médecin par région. Mais on peut décider de mettre au minimum un médecin dans quatre régions. C'est de la régulation.

Mme Stéphanie Rist. Mais on le fait déjà, par le biais du *numerus clausus* que l'on applique aux élèves de fin de première année et aux internes. On l'a fait aussi, ces dernières années, en ouvrant davantage de postes. Mais c'est une régulation théorique.

On peut décider qu'il y aura davantage de médecins à la rentrée 2019, non pas en région Centre-Val-de-Loire, mais à Châteaudun. Seulement, dans la pratique, les étudiants qui sortent de l'internat risquent de dire qu'ils préfèrent aller à l'hôpital où il y a des postes, ou dans l'industrie pharmaceutique, ou en Angleterre. Je reçois depuis six mois les syndicats d'étudiants, et ce sont les réponses que j'obtiens.

M. Guillaume Garot. C'est cela qui n'est plus possible ! Dans quel monde vit-on si les législateurs, les porteurs de l'intérêt général, ne peuvent pas répondre à des petits jeunes qui leur disent : « *je fais ce que je veux, vous me formez gratis et je me casse après* » ? Vous vous rendez compte ? Et on devrait se coucher devant de tels arguments ? Je trouve cela hallucinant ! C'est pour cela que le rapporteur a raison.

Je m'emporte un peu parce que je commence à en avoir assez des discours qui circulent. C'est n'importe quoi !

Mme Gisèle Biémouret. Nos villes sont interdites de médecins !

M. Guillaume Garot. Si nous, porteurs de l'intérêt général, nous ne nous bougeons pas en matière de régulation, je vous fiche mon billet que, dans cinq ans, les Français se lèveront pour nous demander des mesures coercitives. C'est écrit !

Mme Stéphanie Rist. Ils le demandent déjà !

M. le président Alexandre Freschi. Mais la régulation n'est pas la solution. Avec quatre médecins pour six régions, ce n'est pas assez. On est obligé de compléter par d'autres dispositifs !

M. Guillaume Garot. Bien sûr. Je n'ai pas dit que c'était « la » solution ! Mais la logique du rapporteur est très intelligente puisqu'elle tend à moduler, à adapter pour avancer. Mais il faut aussi, me semble-t-il, donner des directions.

M. le président Alexandre Freschi. Il y a aussi les centres de santé et les maisons de santé.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Mes chers collègues, je vais essayer de faire le travail de la manière la plus positive et constructive possible. M. Garot peut le dire : j'ai déposé des propositions de loi visant à faciliter l'accès aux soins, que ses amis ont découpées

en tranches ! Et sous la présidence de Nicolas Sarkozy, c'est Guy Lefrand, le suppléant de Bruno Le Maire, qui était médecin, qui l'a fait.

Je ne vous ai pas dit que c'était l'alpha et l'oméga. Allez donc voir le système anglais dans lequel, si vous n'avez pas d'argent, vous n'êtes pas soigné. Je peux vous en parler car j'ai une fille en Angleterre. Une consultation chez le gynécologue coûte 550 livres ! Il y a les médecins du coin, et ensuite il y a les médecins affectés. Il se trouve que je l'ai accompagnée chez un généraliste affecté ; cela reste pour moi une expérience forte ! Un grand pays comme le nôtre doit aussi avoir une modélisation de l'accès aux soins. *A priori*, ce n'est pas facile. Mais je ne voudrais pas que l'on en arrive à ce stade-là.

On devrait pouvoir s'en sortir avec ce cortège de mesures qui viennent à l'esprit de chacun. Nous avons écouté le Conseil de l'Ordre, et même un président de conseil de l'Ordre, dont je vous conseille le livre, où il est écrit que le système va exploser. Sans oublier ce médecin de Seine-Saint-Denis, dont le parcours est passionnant, ou Patrice Diot, le patron des doyens, qui m'a conseillé de foncer.

J'ai envie de vous dire que c'est un peu la dernière sortie avant l'autoroute. Personnellement, je préfère être tout à fait libre, mais malheureusement, j'ai peur qu'on n'y échappe pas. Une fois de plus, comme Guillaume Garot l'a très bien dit, et son expérience ministérielle l'autorise à le dire de façon encore plus forte que nous, c'est à nous d'être des « aiguillons ». Soyons le, dans le respect de chacun.

Ce que je dis là, je l'ai répété partout. On l'a dit à la ministre, qui est très sensible à toutes ces questions. Mme Firmin-Le Bodo, qui connaît formidablement bien les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), lui a ouvert les yeux – dans cette même salle, mardi dernier. On ne peut pas en vouloir à la ministre : elle a un profil hospitalier, et d'immenses qualités que je respecte. Mais, malheureusement, elle ne voit pas tout.

Aujourd'hui, le poids de la technostucture est énorme, et pas seulement dans le domaine de la santé : c'est également vrai en matière de finances – je suis bien placé pour le savoir en tant que rapporteur spécial de la commission des finances, et le rapporteur général s'en est également fait l'écho dans la presse ces derniers jours.

En tout état de cause, je me félicite de la qualité et de l'ampleur du travail accompli par notre commission d'enquête, qui contribuera, je l'espère, à améliorer les choses.

Mme Gisèle Biémouret. Je me demande si nous ne devrions pas suggérer la constitution d'une mission d'évaluation et de contrôle des ARS, qui vont bientôt avoir dix ans d'existence.

M. Philippe Vigier, rapporteur. C'est une excellente idée, et nous en ferons la suggestion à Mme la présidente de la commission des affaires sociales. Il faudra simplement s'assurer que cette mission dispose du pouvoir de réaliser des contrôles sur pièces et sur place...

Mme Gisèle Biémouret. Effectivement, les administrations sont de plus en plus réticentes à communiquer les informations qui leur sont demandées.

M. Guillaume Garot. Je remercie les personnes qui ont rédigé ce rapport pour leur travail, qui témoigne de l'excellence de notre fonction publique parlementaire, et je me félicite également de la qualité constante de nos débats.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Alors qu'une réforme du Parlement est en cours, j'ai souligné, dans mon rapport spécial de fin 2017 sur le budget des pouvoirs publics, qu'il fallait veiller à préserver une fonction publique parlementaire de haut niveau et respectant scrupuleusement le principe de neutralité. Je remercie, moi aussi, les fonctionnaires qui ont assisté notre commission d'enquête, pour leur travail efficace et d'une grande qualité.

M. Jean-Paul Dufrègne. Élu d'un département rural, je sais que l'une des difficultés qui se posent lorsqu'il s'agit de faire venir des médecins à la campagne est celle de l'emploi du conjoint. Pour notre part, nous avons mis en place un « club des DRH » associé aux plus belles entreprises du département, afin d'essayer d'être informés le plus en amont possible des postes de cadre disponibles et pouvant convenir aux conjoints de médecins, qui sont souvent cadres supérieurs.

M. Philippe Vigier, rapporteur. Une telle démarche peut faire partie du « kit d'accueil » destiné aux médecins venant s'installer en zone rurale.

M. le président Alexandre Freschi. Mes chers collègues, nous allons maintenant passer au vote sur la publication du rapport.

La commission d'enquête autorise, à l'unanimité, la publication du rapport.

L'audition se termine à onze heures cinq.

Membres présents ou excusés

Commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieux rural et urbain

Réunion du jeudi 19 juillet 2018 à 9 h 00

Présents. – Mme Gisèle Biémouret, M. Marc Delatte, M. Jean-Paul Dufrègne, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, M. Alexandre Freschi, M. Guillaume Garot, M. Éric Girardin, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Thomas Mesnier, Mme Monica Michel, Mme Stéphanie Rist, Mme Mireille Robert, Mme Nicole Trisse, M. Philippe Vigier

Excusés. - M. Didier Baichère, M. Jean-Pierre Cubertafon, Mme Jacqueline Dubois, M. Jean-Michel Jacques, M. Christophe Lejeune, M. Stéphane Testé