

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 des affaires sociales

- Suite de l'examen des articles du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure sur le titre I^{er} du projet de loi, M. Thomas Mesnier, rapporteur général et rapporteur sur les autres dispositions) 2
- Présences en réunion 42

Mardi

12 mars 2019

Séance de 21 heures 30

Compte rendu n° 51

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

**Présidence de
Mme Brigitte Bourguignon,
Présidente,**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mardi 12 mars 2019

La séance est ouverte à vingt et une heures trente.

(Présidence de Mme Brigitte Bourguignon, présidente)

La commission des affaires sociales poursuit l'examen des articles du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure sur le titre I^{er} du projet de loi, M. Thomas Mesnier, rapporteur général et rapporteur sur les autres dispositions).

Après l'article 3

La commission se saisit des amendements identiques AS269 de M. Alain Ramadier, AS496 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS566 de M. Thibault Bazin, AS793 de M. Brahim Hammouche, AS939 de M. Joël Aviragnet et AS1393 de Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel.

M. Paul Christophe. L'amendement AS496 vise à rendre opérationnel l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique relatif à la formation des professionnels de santé et du secteur médico-social au handicap.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS566 est un amendement d'appel, pour souligner le rôle des aidants, potentiellement très lourd à assumer, qui peut même entraîner des problèmes de santé. L'organisation de notre système de soin doit vraiment, au-delà des paroles, prendre cette dimension en compte dans les actes.

M. Brahim Hammouche. La France compte actuellement plus de huit millions d'aidants, souvent familiaux, très sollicités quotidiennement. Il importe donc que les professionnels de santé et les professionnels du secteur médico-social soient parfaitement sensibilisés aux signes de fragilité physique et psychique de ces aidants, pour mieux appréhender leur situation et leurs besoins. Ils doivent également être en mesure de reconnaître l'expertise des aidants afin de mieux dialoguer et d'agir en partenariat avec eux pour le bien-être de la personne en situation de handicap.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS939 vise à rendre opérationnelles les dispositions relatives à la formation des soignants au handicap et à intégrer à celle-ci les questions relatives à la santé des aidants.

Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel. L'amendement AS1393 vise à inclure dans la formation des professionnels de santé une sensibilisation au rôle des aidants et aux conséquences, tant physiques que psychiques, de ce rôle sur leur vie.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Les aidants jouent effectivement un rôle important, chers collègues, et nous aurons l'occasion d'en parler bien plus lorsque nous examinerons le projet de loi sur la dépendance et l'autonomie. Il n'appartient cependant pas au législateur d'arrêter le contenu des formations. Je suis donc défavorable à ces amendements identiques.

La commission rejette les amendements.

Elle se saisit ensuite des amendements identiques AS31 de M. Vincent Rolland, AS317 de Mme Josiane Corneloup et AS944 de M. Joël Aviragnet.

M. Vincent Rolland. L'amendement AS31 vise à inscrire dans la loi la formation des professionnels de santé et des professionnels médico-sociaux aux dispositifs de couverture santé et aux spécificités de la prise en charge des personnes en situation de précarité et des personnes en situation d'addiction.

Mme Josiane Corneloup. L'amendement AS317 vise à inscrire dans la loi la formation des professionnels de santé et des professionnels médico-sociaux aux dispositifs de couverture santé et aux spécificités de la prise en charge des personnes en situation de précarité et des personnes en situation d'addiction.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS944 vise à inscrire dans la loi la formation des professionnels de santé et des professionnels médico-sociaux aux dispositifs de couverture santé et aux spécificités de la prise en charge des personnes en situation de précarité et des personnes en situation d'addiction.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il appartient au législateur d'arrêter les principes fondamentaux, non le contenu des formations. Je suis donc défavorable à ces amendements.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS1379 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe et AS1408 de M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Il s'agit de tenir compte de l'évolution des métiers induite par la révolution du numérique et les nouvelles technologies de l'information et de la communication, qui obligent les pouvoirs publics à revoir les programmes de formation assez régulièrement à leur aune. Nous ne sommes évidemment pas au stade de la médecine algorithmique, mais les nouvelles technologies – imagerie, numérique... – transforment profondément la médecine, il faut pouvoir en tenir compte le plus tôt possible, lors de la formation initiale, et dans le cadre de la formation continue des médecins. Cela relève de la définition de la politique de santé de la nation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis très favorable à ces amendements. C'est tout le sens de la transformation des études à laquelle nous procédons par ce texte, avec la diversification des parcours qui permettra aussi une meilleure adaptabilité aux évolutions.

La commission adopte les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS1460 de Mme Catherine Fabre.

Mme Catherine Fabre. Il s'agit de mettre fin à une situation contre-productive. Beaucoup de jeunes passent le baccalauréat professionnel accompagnement, soins et services à la personne (ASSP) pour devenir aides-soignants et ont ensuite à faire une formation comprenant plusieurs modules, mais le métier d'aide-soignant est reconnu à un niveau inférieur à celui du baccalauréat. Aussi le nombre de candidats au diplôme d'aide-soignant

a-t-il diminué de 35 % entre 2014 et aujourd'hui. Il s'agit donc de faire en sorte que les diplômés d'aides-soignants aient une qualification du même niveau que le baccalauréat.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis tout à fait d'accord : la valorisation de la profession est un enjeu. Cependant, je suis plutôt défavorable à cet amendement ainsi rédigé. Il faut en rediscuter.

Mme Catherine Fabre. On m'a fait remarquer que cet amendement pouvait exclure d'autres personnes qui n'ont pas le baccalauréat. Il faut donc effectivement en rediscuter, mais il importe de réfléchir à la revalorisation de la profession d'aide-soignant.

L'amendement est retiré.

La commission se saisit de l'amendement AS9 de M. Matthieu Orphelin.

M. Matthieu Orphelin. L'amendement AS1408 que nous venons d'adopter faisait référence aux évolutions technologiques. Cette fois, il s'agit de prendre en compte dans les programmes des formations initiale et continue des professionnels de santé les liens entre santé et environnement. L'amendement n'entend évidemment pas détailler le contenu de ces programmes ; il fixe les grands principes de ces évolutions.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ce sont tout de même des questions relevant plus des arrêtés et des maquettes des formations que de la loi. Ce n'était pas le cas avec l'amendement AS1408. Je suis donc défavorable à celui-ci, qui tend à préciser le contenu des formations.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Évidemment, monsieur le député, ces questions de santé-environnement nous mobilisent. Avec François de Rugy, nous avons annoncé le lancement des travaux sur le prochain plan national santé-environnement (PNSE), que nous intitulerons « *Mon environnement, ma santé* ». Je ne suis cependant pas favorable à l'inscription de tous les contenus auxquels nous pensons dans la loi. Depuis le début de l'examen de ce projet de loi, vos amendements, mesdames et messieurs les députés, soulèvent, nous le voyons bien, un certain nombre de sujets extrêmement sensibles et extrêmement importants, et nous risquons d'aboutir à une liste non exhaustive. Nous préférierions que les contenus soient fixés par les décrets ou les arrêtés, certainement pas au niveau de la loi. Sinon, c'est sans fin.

M. Matthieu Orphelin. Ce sont des thématiques majeures et beaucoup de formations de professionnels de santé n'abordent tout simplement pas de nombreuses questions de santé environnementale. Je proposerai, par un amendement de repli – vraiment de repli – qu'un rapport nous permette de faire le point et de tracer ensemble les perspectives d'évolution de la prise en compte de ces enjeux. Il me paraît fondamental que les mots « santé-environnement » figurent dans cette loi, si importante.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1077 de Mme Martine Wonner.

Mme Catherine Fabre. Cet amendement fait suite à la mission flash sur le financement de la psychiatrie menée au mois de janvier dernier. Il propose que la délivrance du diplôme d'État d'infirmiers du secteur psychiatrique aux étudiants en formation soit

subordonnée au suivi d'un enseignement de spécialité psychiatrique, dont le contenu sera renforcé et partagé entre apprentissage théorique et apprentissage pratique.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je vous rejoins, chère collègue, quant à la nécessité d'améliorer la formation des professionnels en psychiatrie mais, à l'heure où nous développons les infirmiers en pratique avancée en psychiatrie, il ne me semblerait pas logique d'aller dans le sens indiqué par votre amendement. Je vous invite donc à le retirer ; à défaut, j'y serai défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Compte tenu de l'évolution du diplôme d'infirmier, devenu transversal, cet amendement marquerait un retour en arrière. Nous lançons en septembre 2019 la formation pour les pratiques avancées d'infirmiers en psychiatrie. Dans deux ans, des infirmiers de pratique avancée auront un grade de master ; je pense que cela répond bien cette nécessité d'avoir une formation approfondie.

L'amendement est retiré.

La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS867 de M. Jean-Pierre Door et les amendements identiques AS416 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS1329 de Mme Fadila Khattabi.

M. Jean-Pierre Door. Une conjonction de facteurs de tension fragilise l'accès des Français aux soins visuels ; chacun, ici, le sait. Le délai pour une consultation chez un ophtalmologiste peut atteindre six ou huit mois, voire un an. Pour répondre à des besoins croissants, une politique d'ensemble des soins visuels est nécessaire. Aujourd'hui, la filière compte trois professions : les ophtalmologistes, les orthoptistes et les opticiens-lunetiers. Ces derniers sont au nombre d'environ 35 000 en France, dont 2 000 titulaires d'une licence professionnelle sciences de la vision.

Il s'agirait de permettre aux opticiens de s'adapter aux évolutions sanitaires et technologiques pour une meilleure prise en charge des patients et d'obtenir un diplôme d'État de niveau licence dans le cadre du système européen LMD – licence, master, doctorat. Nous proposons une expérimentation pour renforcer la place des opticiens dans la filière visuelle.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. J'ajouterai simplement à ce qu'a très bien expliqué M. Door que l'obtention d'une licence permettrait d'inscrire ces professionnels dans le parcours de soins visuels. Par ailleurs, aux trois professions qu'il a énumérées, nous pouvons ajouter celle des optométristes.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Un vrai travail est entamé sur la filière visuelle. Une mission a d'ailleurs été lancée par le Gouvernement dans le cadre de la réforme « 100 % santé ». Je crois que cela pourrait répondre aux préoccupations des auteurs de ces amendements, auxquels je suis donc défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Il est tout de même dommage de balayer ces amendements d'un revers de main en invoquant la mission engagée. Ce projet de loi vise à répondre à des urgences, et aux besoins exprimés par nos concitoyens, sinon par les patients eux-mêmes. Loin de présenter des inconvénients particulièrement graves, l'amélioration de la formation des opticiens-lunetiers irait plutôt dans le bon sens et serait de nature à améliorer l'accès aux soins visuels.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Vous avez raison, monsieur Door, il y a une urgence, mais, dans le cadre du « 100 % Santé », nous avons pris l'engagement de faire évoluer les métiers. Nous avons proposé à tous les professionnels de ces filières de travailler à une refonte des référentiels des métiers et des formations. Cela m'ennuierait donc que cela soit inscrit dans la loi alors que nous sommes en train d'y travailler dans le cadre du « 100 % santé » et qu'une mission vise actuellement à transformer les métiers d'opticien et d'orthoptiste. À l'heure où se tient cette concertation, je vous propose, monsieur le député, mesdames les députées, de retirer vos amendements.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Si l'amendement AS416 peut trouver sa réponse dans un texte de loi, je le retire.

L'amendement AS416 est retiré.

La commission rejette successivement les amendements AS867 et AS1329.

Puis elle se saisit des amendements identiques AS158 de M. Jean-Yves Bony, AS236 de M. Paul Christophe, AS841 de M. Jean-Pierre Door, AS1205 de Mme Mireille Robert et AS1436 de M. Bernard Perrut.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS158 vise à traiter la problématique des stages effectués par les étudiants qui se destinent à la profession d'orthoptiste. Aujourd'hui, ils privilégient plutôt des stages en centre hospitalier universitaire (CHU), rémunérés au-delà de deux mois, au détriment de missions de rééducation et de réadaptation emblématiques de leur profession qui peuvent les amener à s'installer ensuite dans le secteur libéral. Il serait donc opportun de ramener les stages d'orthoptiste dans le droit commun pour que la même rémunération soit versée pour tous les stages d'une durée supérieure à deux mois consécutifs.

M. Paul Christophe. Les stagiaires en orthoptie sont finalement souvent cantonnés à l'assistance plutôt qu'ils n'apprennent vraiment comment remplir les missions de rééducation et de réadaptation emblématiques de leur profession. Je propose d'y remédier par l'amendement AS236.

M. Bernard Perrut. La mesure présentée par plusieurs de nos collègues et par moi-même, permettrait d'apporter une réponse adaptée à des besoins en pleine mutation et de garantir un avenir à l'exercice libéral de la profession d'orthoptiste. Davantage d'étudiants pourraient ainsi être intéressés par des stages en cabinet libéral et ensuite vouloir s'installer en tant qu'orthoptiste libéral, au cœur du suivi des patients, et contribuer activement à une amélioration de l'accès aux soins visuels sur l'ensemble du territoire. Nous savons quels sont les besoins, et cette disposition permettrait précisément l'installation d'orthoptistes pour répondre aux attentes.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements semblent de bon sens. N'ayant pas tous les éléments, je m'en remets, chers collègues, à votre sagesse.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Malheureusement, même si je comprends tout à fait quel objectif légitime ils visent, je suis défavorable à ces amendements, pour deux raisons.

Tout d'abord, cette disposition aurait un effet pervers : les opticiens paieraient sur leurs propres revenus ces stagiaires, et le nombre d'offres de stage risquerait de s'en trouver réduit. L'effet serait contraire à celui escompté. Ensuite, nous instaurerions une gratification

pour des auxiliaires médicaux, alors qu'aucune n'est prévue pour les étudiants paramédicaux. Cela me pose problème. Par souci d'équité, je propose le retrait de ces amendements.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS603 de Mme Nathalie Sarles.

Mme Nathalie Sarles. Cet amendement vise à ouvrir la discussion sur l'actuelle pénurie de masseurs-kinésithérapeutes, particulièrement marquée dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, ce qui pose un vrai problème pour tous les soins de rééducation. Je propose donc la création d'un statut d'aide-kinésithérapeute. L'aide-kinésithérapeute pourra réaliser certains actes de kinésithérapie sous le contrôle et la direction de masseurs-kinésithérapeutes diplômés. Un tel statut existe déjà dans de nombreux pays. La création de cette profession en France permettrait de renforcer la mobilisation des masseurs-kinésithérapeutes dans les établissements où la pénurie est particulièrement importante.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'idée est plutôt séduisante, mais, si nous envisageons l'éventuelle nécessité de créer un nouveau statut, il faut le faire dans le cadre de l'Union européenne. Or l'élaboration d'une cartographie des différentes professions de santé est en cours.

À ce stade, je suis donc plutôt défavorable à cet amendement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je vous propose de retirer cet amendement, madame la députée ; à défaut, j'y serai défavorable. En réalité, aujourd'hui, la profession de masseur-kinésithérapeute connaît une forte croissance et le territoire bénéficie d'une couverture assez homogène – je ne parle pas des établissements de santé, je parle du secteur libéral. Je ne suis pas donc pas sûre qu'une aide aux kinésithérapeutes améliorerait l'accès aux soins, puisque celui-ci n'est pas difficile.

Quant au recrutement de masseurs-kinésithérapeutes dans les établissements hospitaliers, nous travaillons à la revalorisation des filières de la rééducation au sein des hôpitaux. Un plan d'action vise, depuis 2016, à renforcer l'attractivité de ces métiers, et il sera encore enrichi.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS240 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Je suis très heureux que Mme la ministre évoque un plan d'action pour les recrutements des kinésithérapeutes. Effectivement, l'hôpital rencontre de grandes difficultés en matière de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Mon amendement vise à intégrer l'action des acteurs de l'éducation thérapeutique et les professionnels de la relation d'aide au sein des centres de santé. Les hypnothérapeutes proposent ainsi aux patients une thérapie brève favorisant une prise de conscience et un lâcher-prise qui soulagent durablement. L'intervention de ces professionnels, véritable action préventive, peut permettre d'éviter un recours direct et systématique à un traitement médicamenteux. La structuration des soins de proximité et la constitution d'un collectif de soins doivent pouvoir inclure des professionnels de la relation d'aide dans le cadre de schémas d'intervention définis par ordonnance ; c'est ce que nous proposons.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. La mise en place d'un centre de santé, comme de n'importe quelle structure d'offre de soins, répond au souci d'une prise en charge médicale qui fasse intervenir différents professionnels de santé, du médecin jusqu'à l'aide-soignant.

Les activités d'éducation thérapeutique ne sauraient se distinguer d'un métier relevant du champ médical dont elles pourraient constituer un complément d'activité. Il importe de ne pas confondre pratiques et praticiens, d'autant qu'il n'existe à ce jour aucune certification. L'hypnose peut ainsi constituer une pratique qui a toute sa place dans la prise en charge soignante – des études scientifiques fondées sur une démarche scientifique académique en ont par ailleurs reconnu l'utilité médicale pour certaines pathologies –, mais elle ne peut constituer un métier à part entière, justifiant l'intervention d'un professionnel dont les conditions d'exercice sont floues. La demande d'enregistrement de la certification hypnothérapeute au registre national de la certification professionnelle a, je le rappelle, fait l'objet d'un refus au motif de la distinction entre l'hypnose dite « de mieux-être » et l'hypnose à visée médicale.

Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS241 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Dans le prolongement de l'amendement AS240, je propose d'intégrer l'action des acteurs de l'éducation thérapeutique et des professionnels de la relation d'aide au sein, cette fois, des maisons de santé.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS46 de Mme Marine Brenier.

Mme Marine Brenier. Tenant compte de l'adoption de l'article 3, je retire cet amendement.

L'amendement est retiré.

La commission se saisit de l'amendement AS55 de Mme Marine Brenier.

Mme Marine Brenier. Pour faire face aux déserts médicaux, notamment à la pénurie de spécialistes comme les gynécologues dans certains territoires, cet amendement a pour but de permettre aux sages-femmes, en particulier celles qui exercent déjà, de bénéficier de formations complémentaires pour leur permettre d'intervenir en premier recours.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS785 de M. Matthieu Orphelin.

M. Matthieu Orphelin. Voici l'amendement de repli dont je parlais tout à l'heure. Il s'agit d'obtenir un rapport sur l'état des lieux et les perspectives d'évolution de la prise en compte des problématiques de santé-environnement dans les formations initiale et continue des professionnels de santé.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il est toujours un peu délicat de donner un avis sur un amendement visant à obtenir un rapport. Cependant, les liens entre santé et environnement sont bien étudiés dans le cadre des modules de la formation initiale.

Un arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation pour le troisième cycle prévoit une phase socle dont l'un des objectifs est d'« intégrer le concept d'exposome et les facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur la santé ». Par ailleurs, chacune des maquettes de spécialité prévoit des enseignements particuliers portant sur les pathologies environnementales.

Je ne suis donc pas favorable à cet amendement.

M. Matthieu Orphelin. Je le retire, mais je le redis très simplement : beaucoup de médecins en formation disent que rien ou presque ne leur est dit de la santé-environnement dans le cadre de leur formation. On peut s'en satisfaire, mais, en 2019, dans le cadre d'une grande loi sur la santé, cela me paraît très inquiétant – et j'y reviendrai en séance.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS873 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport qui vise à définir les conditions optimales de déploiement du dispositif appelé le « Pro A » pour les professionnels de santé paramédicaux, prévu par la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel. Son champ était limité aux salariés d'un niveau inférieur à celui de la licence. Nous souhaiterions que les professionnels de santé paramédicaux puissent également en bénéficier.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis défavorable à cet amendement. Cette question concerne la formation professionnelle et le droit du travail plutôt que l'organisation du système de santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je suis d'accord, madame la rapporteure. En outre, la réforme est d'application très récente ; un rapport à la fin de cette année 2019 ne nous permettrait de tirer aucun enseignement de sa mise en œuvre. Le Gouvernement est donc défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle se saisit de l'amendement AS516 de M. Yves Daniel.

M. Yves Daniel. Cet amendement a pour objet de former les pharmaciens à l'aide médicale d'urgence. Cela permettrait d'améliorer la prise en charge des urgences en France, en renforçant le tissu de soignants de proximité. Les pharmaciens font partie des professionnels ressources compétents en situation d'urgence.

Deux régions seraient désignées par décret pour une expérimentation. Le décret préciserait aussi le champ et les modalités de cette expérimentation, qui pourrait commencer le 1^{er} janvier prochain et durer trois ans.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous proposez une sérieuse dérogation puisqu'il s'agit d'insérer le réseau des pharmacies d'officine dans l'aide médicale urgente,

laquelle a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

Par ailleurs, seuls les établissements de santé peuvent être autorisés à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente (SAMU).

Enfin, selon l'ordonnance du 15 décembre 2016, dont la ratification est l'objet de l'article 23, seules les pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé exercent les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité.

Je suis donc défavorable à votre amendement, cher collègue.

M. Yves Daniel. J'ai un peu de mal à comprendre. Compte tenu des difficultés que nous rencontrons, en particulier en milieu rural, nous aurions besoin de cette offre complémentaire, qui pourrait être proposée par les officines et par les pharmaciens, bien sûr à la suite de formations adaptées et dans le respect d'une réglementation et d'une organisation très précises. Ce pourrait être une réponse à nos difficultés, et je ne comprends pas pourquoi nous n'avançons pas plus vite en cette matière.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Pour aller dans le sens de la rapporteure, rappelons que les services d'aide médicale urgente maillent parfaitement le territoire. Chaque Français est à moins de trente minutes d'un SAMU. Concernant l'accès aux soins pour les pathologies du quotidien, je vous renvoie à l'amendement que je défendrai avec plusieurs groupes après l'article 7.

M. Yves Daniel. Si c'est sans doute vrai dans beaucoup de régions, ce sont le plus souvent les pompiers qui viennent combler le déficit d'aide médicale urgente. Il faut être cohérent et gagner en efficacité. Certains petits accidents ne nécessitent que l'intervention d'un pharmacien. Je ne comprends donc pas votre avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. La formation aux gestes et soins d'urgence a été introduite en 2006. S'adressant aux personnels des établissements de santé, selon différents niveaux, elle est devenue obligatoire pour les professions de santé et est intégrée dans les formations initiales médicales et paramédicales. Les pharmaciens reçoivent une formation de niveau 2, d'une durée totale de vingt et une heures, dont une moitié est consacrée aux urgences vitales et l'autre aux urgences potentielles et aux risques collectifs. Ils bénéficient donc de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU). Le dispositif existant déjà et étant opérationnel, votre amendement nous semble satisfait.

M. Alain Bruneel. Les urgences sont saturées et manquent de personnel. La véritable question n'est pas tant celle des pharmaciens que du manque de personnel aux urgences. Il faut définir le nombre d'urgentistes et de personnels, ainsi que la quantité de matériel dont nous avons besoin. La situation actuelle est dramatique ! Ce n'est pas normal de laisser des malades sur les brancards, parce qu'on n'a pas le temps de les soigner et qu'on ne cesse de courir d'une urgence à une plus grande urgence !

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1418 de Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. L'amendement vise à préciser qu'un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'aménagement d'une formation épistémologique comprenant des simulations interprofessionnelles en santé à destination de toutes les professions de santé, visant une meilleure connaissance mutuelle sur les parcours, les compétences et les actes de chaque professionnel. De nouvelles professions sont apparues dans le paysage sanitaire, comme celle d'infirmier de pratique avancée. Le décret permettrait de répondre à la défiance suscitée par leur apparition.

Il ne faut pas mésestimer les difficultés existant pour imposer ces nouvelles professions. Tous les atouts doivent être mis de notre côté pour garantir le succès de leur installation. Dans les pays où le statut d'infirmier de pratique avancée existe, on constate qu'on a peu recours à ces professionnels, du fait d'une méconnaissance de leur champ de compétences. Lors des auditions, les représentants nationaux et régionaux des étudiants en médecine, ainsi que les syndicats infirmiers ont évoqué la difficulté que posait la méconnaissance des champs d'exercice et des domaines de compétences des autres professions. Le décret permettrait de faciliter le travail interprofessionnel.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Comme vous, je suis convaincue de l'intérêt pédagogique des simulations. Mais soit le sujet concerne l'organisation des études et relève d'un arrêté, soit il concerne la formation continue, le développement professionnel continu (DPC) ou la certification. Or nous avons choisi de laisser aux professionnels le choix des modalités de leur formation continue. Avis défavorable, même si l'intérêt de la simulation n'est plus à prouver.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Afin de favoriser la culture interprofessionnelle que Mme Chapelier appelle de ses vœux, des tronc communs ont été prévus dans la formation.

Mme Annie Chapelier. Sachant que le sujet relevait du réglementaire, il s'agissait plutôt d'un amendement d'appel auquel vous avez répondu.

L'amendement est retiré.

Chapitre II

Faciliter les débuts de carrière et répondre aux enjeux des territoires

Avant l'article 4

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS1539 de la rapporteure.

Puis elle en vient à l'amendement AS473 de M. Vincent Rolland.

M. Vincent Rolland. Mon amendement vise à inclure les collectivités locales dans la concertation préalable à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Les élus ayant souvent une fine connaissance du territoire, ainsi que des besoins de leurs concitoyens, il me semble utile de les impliquer dans la réflexion.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'évaluation des zones sous-denses se fonde sur les données fournies par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), sur la base d'indicateurs statistiques. Qui plus est, la liste des postes destinés aux contrats d'engagement de service public est élaborée en collaboration avec les agences régionales de santé (ARS) et les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA). Avis défavorable.

M. Vincent Rolland. La densité de population est-elle bien prise en compte ? Les chiffres concernant la présence médicale sont importants, mais ceux relatifs à la densité de population le sont encore plus. Dans certains territoires, les habitations sont très éparpillées.

M. Philippe Vigier. Je n'ai pas du tout été convaincu par les arguments de la rapporteure ! Les statistiques de la DREES sont souvent vieilles de deux ou trois années et ne permettent pas de rendre compte de la réalité de notre territoire. Vous ne pouvez pas prétendre placer les élus locaux au cœur du contrat local de santé et refuser de tenir compte de leur avis sur la densité des différents professionnels de santé !

M. Olivier Véran. Les observatoires régionaux de santé (ORS), dont la création remonte aux années 2000, n'ont pas cessé d'affiner leur méthodologie de travail. Dans un premier temps, on a considéré les densités régionale et départementale, avant de se rendre compte que cela ne voulait strictement rien dire et d'étudier la question par bassins de vie, au nombre de 2 400 environ. Les indicateurs sont très précis, notamment pour mesurer l'accès aux services publics et privés dans un bassin de vie donné, en tenant compte de la densité de population, de la distance, de la fréquence et de la richesse en services.

Pour établir une détermination très fine et prospective à deux, trois, cinq ou dix ans de l'offre médicale disponible, il faut prendre le téléphone et appeler chaque médecin pour lui demander s'il exerce à temps partiel ou complet ; s'il est spécialisé ou généraliste ; si ses patients sont nombreux et s'il doit en refuser certains qui cherchent un médecin traitant ; s'il compte continuer de travailler dans cinq ou dix ans ; s'il a un médecin remplaçant. Les organismes opèrent de plus en plus finement et font remonter des données aux ARS. Un tel travail ne peut être fait tous les ans, mais il est mené en continu.

M. Philippe Vigier. Vous nous décrivez un monde idéal ! Vous vendez du rêve ! Mais si je prends l'exemple de la région Centre-Val-de-Loire que connaît bien la rapporteure, où une analyse a été menée bassin d'emploi par bassin d'emploi, sachez que cette analyse est fautive de 20 % à 30 %, voire de 50 % à certains endroits ! Vos éléments d'analyse ne sont pas fiables. D'un côté, vous invitez les élus locaux à intervenir dans le grand débat ; de l'autre, vous vous privez de leur avis.

M. Thibault Bazin. Les élus locaux ont une connaissance assez fine des évolutions de leur tissu local, dans la mesure où ils connaissent souvent les professionnels sur place et rencontrent ceux qui vont s'installer. Ce serait une force pour les ARS ou les ORS de s'appuyer sur les connaissances des élus locaux, qui sont quasiment bénévoles.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Mais ils le font déjà !

M. Thibault Bazin. Cela ne coûterait rien et aiderait à atteindre votre objectif.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Les territoires, dans leur très grande majorité, souffrent de tensions, en matière de démographie médicale, et de

difficultés. Pour répondre à leurs besoins et essayer d'attirer des médecins à peu près partout, nous avons essayé de définir des critères objectifs de zonage permettant de focaliser les aides. Le nouveau zonage nous a ainsi permis de passer d'une couverture par des aides spécifiques de 7 % à 18 % de la population. La méthodologie actuelle ne tient pas seulement compte du ressenti des uns et des autres, mais de critères objectifs : bassins de population ; accessibilité en matière de délai d'attente avant une consultation ; activité des professionnels en nombre de patientèle et de consultations ; besoins des patients fondés sur la moyenne d'âge de la population. Beaucoup d'élus locaux, qui se sont vus retirer certaines aides, à la suite du nouveau zonage, ont fait part de leur ressenti ; mais je n'ai pas entendu les 11 % qui ont bénéficié d'aides nouvelles se plaindre de la méthode de définition du zonage.

Les CRSA sont consultées pour le zonage : elles sont un espace de concertation. Le projet régional de santé (PRS) se négocie avec les élus. C'est aussi l'occasion de regarder les zones en tension. Nous avons essayé d'améliorer le zonage, en intégrant un critère supplémentaire : le risque de départ de professionnels à la retraite dans les trois ans. La situation est en réalité très mouvante et évolue d'une année sur l'autre. L'ARS peut adapter le zonage au cas par cas. Nous avons essayé de l'améliorer et de l'affiner encore plus. Si l'on demandait aux élus leur avis sur la démographie médicale dans leur territoire, la France entière risquerait d'être couverte par le zonage... Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1028 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Notre amendement tend à ériger en objectif l'égalité d'accès des personnes en situation de handicap aux professions médicales et paramédicales. Nous souhaitons que les professionnels de santé en situation de handicap soient traités à égalité avec tous les professionnels de santé, lors de leur installation et durant l'exercice de leur profession. Aujourd'hui, en France, il existe des écoles spécialisées pour personnes malvoyantes, qui forment des masseurs-kinésithérapeutes. Or, lorsque ces personnes s'installent, leurs coûts d'installation sont beaucoup plus élevés, parce que les assurances sont plus chères, de même que les logiciels, par exemple. N'est-il pas curieux que les masseurs-kinésithérapeutes malvoyants, qui veulent s'installer, ne bénéficient pas des mêmes droits qu'un salarié souffrant du même handicap ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. C'est une bonne idée !

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'amendement, tel qu'il est rédigé, ne semble pas répondre à l'objectif que vous venez de nous exposer, dans la mesure où il vise l'égalité d'accès « *aux professions médicales et paramédicales* ».

M. Cyrille Isaac-Sibille. À l'exercice de ces professions, en réalité !

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Un amendement, adopté tout à l'heure, répondait à votre préoccupation. Avis défavorable.

M. Francis Vercamer. J'étais en séance et n'ai pas vu cet amendement passer. Néanmoins, je maintiens le mien. Cela fait dix ans que je me bats au nom de cette égalité ; dix ans que l'on me dit que l'on va régler le problème, sans y parvenir, puisqu'aucun article de loi ne permet de prendre les décrets.

La commission rejette l'amendement.

Article 4 : *Sécurisation du bénéfice du contrat d'engagement de service public (CESP) en cas d'évolution du zonage*

La commission examine l'amendement AS1019 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Le Conseil d'État, dans son avis sur le projet de loi, considère que les articles L. 632-6 et L. 634-2 du code de l'éducation révisant les contrats d'engagement de service public (CESP) relèvent du domaine réglementaire, au motif que ces mesures ne relèvent ni des principes fondamentaux de l'enseignement, ni des principes fondamentaux du code de la sécurité sociale, ni des principes fondamentaux des obligations civiles et commerciales, ni d'aucune règle ou d'aucun principe que la Constitution définit comme étant du domaine de la loi. Je vous propose donc d'abroger ces deux articles.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'étude d'impact donne quelques justifications à l'appui de l'ancrage législatif du contrat d'engagement de service public : « *Les dispositions proposées, en ce qu'elles mettent en cause les principes fondamentaux de l'enseignement [...] et de la sécurité sociale [...] ainsi que le principe constitutionnel d'accès à la santé [...] présentent un caractère législatif* ». Votre suppression sèche remet en cause la situation acquise des contrats en cours. Le principe de sécurité juridique exige de prévoir des dispositions pour ces derniers, ce qui relève de la compétence du législateur. Avis défavorable.

M. Francis Vercamer. J'entends ce que vous dites, mais maintiens mon amendement pour suivre l'avis du Conseil d'État.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte successivement l'amendement rédactionnel AS1538 et l'amendement de coordination AS1537 de la rapporteure.

Elle passe ensuite à l'examen des amendements identiques AS163 de Mme Nadia Ramassamy, AS319 de Mme Josiane Corneloup, AS363 de M. Gilles Lurton, AS497 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS655 de M. Brahim Hammouche, AS710 de M. Philippe Vigier, AS937 de M. Joël Aviragnet, AS1032 de M. Francis Vercamer et AS1437 de M. Bernard Perrut.

Mme Nadia Ramassamy. Les contrats d'engagement de service public visent à inciter les futurs médecins à s'installer dans des territoires où la démographie médicale est faible. Cependant, dans certaines zones qui ne sont pas sous-dotées, les établissements et services sociaux et médico-sociaux peinent à recruter des médecins. Mon amendement vise à ouvrir le champ de l'exercice médical des médecins aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Notre amendement vise à ouvrir le bénéfice de l'exercice médical de praticiens aux établissements de services médicaux et médico-sociaux, dans le cadre des CESP.

M. Brahim Hammouche. Notre amendement vise à étendre les contrats d'engagement de service public aux futurs médecins exerçant dans les établissements et services médico-sociaux, conformément à l'esprit de la stratégie nationale de santé, qui préconise d'assurer la continuité des parcours, en proposant une offre transversale entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

M. Philippe Vigier. S'il y a quelque chose qui marche bien, ce sont les contrats d'engagement de service public, créés par la loi de 2009 ! En 2017, 1 981 contrats avaient été signés. Élargir leur champ aux établissements médico-sociaux, qui reçoivent un public en situation de handicap ou de grande pauvreté, serait particulièrement intéressant : on aide les étudiants à financer leurs études de médecine, tout en développant l'attractivité des filières médicales. L'élargissement de leur champ renforcera l'attractivité des contrats, ce qui permettra de mieux lutter contre la désertification médicale.

M. Joël Aviragnet. Le médico-social concerne aussi les établissements accueillant des enfants et des adolescents en situation de handicap. Le manque de médecins est évident. Ces populations ne sont pas soignées autant qu'elles le devraient et n'ont pas le même accès aux droits que les autres, ce qui pose un réel problème.

M. Bernard Perrut. Cet amendement de bon sens, commun à nombre d'entre nous, s'inspire des réalités du terrain, où de nombreux établissements de services médico-sociaux peinent à recruter des médecins. Un élargissement du champ des CESP permettrait de favoriser leur attractivité.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements sont déjà satisfaits par le droit en vigueur, dans la mesure où la liste des lieux d'exercice inclut les structures médico-sociales.

M. Joël Aviragnet. Certes, cela existe, mais, dans la réalité, cela ne fonctionne pas. Nous nous grandirions à nous mobiliser en faveur de publics en grande difficulté, notamment des jeunes en situation de handicap.

M. Philippe Vigier. Madame la rapporteure, puisque l'amendement est satisfait, le dispositif devrait marcher. Or il ne marche pas. Donnons à la loi la force suffisante pour agir !

M. Gilles Lurton. Exactement !

M. Philippe Vigier. Cela ne mange pas de pain !

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS336 de M. Jean-Carles Grelier, ainsi que les amendements identiques AS23 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS102 de M. Vincent Descoeur, AS180 de Mme Nadia Ramassamy, AS349 de Mme Josiane Corneloup, AS678 de M. Cyrille Isaac-Sibille, AS711 de M. Philippe Vigier, AS852 de M. Jean-Pierre Door et AS1031 de M. Francis Vercamer.

M. Jean-Carles Grelier. La persévérance n'étant pas toujours diabolique, l'amendement vise à remettre dans la boucle de l'évaluation des besoins en CESP les collectivités locales...

Mme Agnès Firmin Le Bodo. En plus de celui des collectivités locales, nous souhaiterions que l'avis des unions régionales de professionnels de santé (URPS) de médecins libéraux soit sollicité par les ARS.

Mme Nadia Ramassamy. Les signataires du CESP choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste nationale de lieux d'exercice, lesquels sont situés dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Il est

prévu que cette liste soit établie par le Centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé. L'objet de cet amendement est de prévoir que l'avis des URPS de médecins libéraux soit également sollicité par les ARS, avant l'établissement de cette liste, compte tenu de leur connaissance précise des besoins du terrain, des difficultés existantes et à venir.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Nous défendons cet amendement au titre de la démocratie sanitaire. Alors que les URPS connaissent avec précision les besoins du terrain, elles sont pour l'heure exclues de toute participation dans l'établissement de la liste. L'amendement vise à les associer à cette démarche, de sorte que les ARS les sollicitent en amont.

M. Philippe Vigier. Les URPS jouent un rôle particulièrement important dans la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), comme nous l'avons vu dans de nombreuses régions. Pourquoi ne pas les associer à l'élaboration de cette liste ? Ce serait un signe de confiance à l'égard des professionnels de santé.

M. Jean-Pierre Door. Le contrat d'engagement de service public est une bonne chose, alors même qu'il a été très mal jugé au début. Il y en a d'abord eu très peu, probablement parce que la communication autour d'eux avait été mauvaise. Certains départements s'étaient engagés directement avec l'ARS, en les finançant eux-mêmes. L'essentiel n'était pas tant d'établir un zonage que de créer chez les étudiants l'envie de venir à un endroit, où un engagement financier avait été pris, et de rendre à la collectivité ce qu'elle lui offrait, en s'installant sur place. Dans un tel cadre, les professionnels de santé libéraux doivent pouvoir donner leur avis.

M. Francis Vercamer. Les URPS ont pour mission d'identifier les besoins de santé et les déséquilibres entre l'offre de soins et les besoins de la population. Elles ont donc connaissance des insuffisances voire des carences dans l'offre de soins sur le territoire, dans une ou plusieurs spécialités. Je me bats depuis longtemps pour corriger le déséquilibre dans les moyens qui sont donnés aux territoires qui ne peuvent malheureusement pas résorber leur retard en matière d'espérance de vie de leur population. Il me paraît important que les URPS soient associées à l'exercice des CESP.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable. Les URPS et les collectivités territoriales font partie de la CRSA, qui aide à la définition des zones sous-denses.

M. Olivier Véran. Le CESP est né en 2009, à la suite de la grève des internes de 2007 et 2008, après le premier PLFSS du mandat de Nicolas Sarkozy, qui voulait restreindre la liberté d'installation. Tous ceux qui voulaient des mesures coercitives ont fini par se ranger derrière l'idée que des mesures incitatives ciblées, en accompagnant les étudiants, en échange d'un engagement de service public dans les zones sous-dotées, seraient efficaces. À l'époque, un grand nombre n'y croyait pas. Il est plaisant de voir, dix ans plus tard, que non seulement le dispositif fonctionne, mais qu'il se développe sur l'ensemble du territoire et que la représentation nationale cherche à le renforcer. Le CESP est une mesure fonctionnelle, qui emporte l'assentiment de tous. Il a fallu quelques années pour que cela rentre dans les mœurs, y compris dans les pratiques parlementaires.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Les CESP concernant le secteur libéral et les établissements de santé et médico-sociaux situés en zones sous-denses, si l'on donnait un rôle aux URPS, il faudrait aussi en donner un aux fédérations hospitalières. C'est pourquoi la CRSA est le lieu de la concertation.

Concernant l'impossibilité pour les signataires à se désengager, je rappelle que le taux de désengagement des CESP est de 4 % sur les 2 800 contrats et qu'il est toujours lié à des situations personnelles très particulières, et non pas à une volonté de ne pas retourner en zone sous-dense.

La commission rejette successivement l'amendement AS336, puis les amendements identiques AS23, AS102, AS180, AS349, AS678, AS711, AS852 et AS1031.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS1316 de M. Anthony Cellier et AS1376 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

M. Anthony Cellier. En rencontrant des étudiants en médecine, nous nous sommes aperçus que peu étaient informés des modalités d'organisation du CESP ou qu'ils n'en saisissaient pas forcément les contours. L'amendement vise à les informer dès le premier cycle des modalités du contrat.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Les CESP doivent se développer, notamment grâce à une meilleure information. Mais les présenter dès le premier cycle me semble prématuré.

M. Anthony Cellier. Nous sommes d'accord sur le manque d'information autour du CESP. Si ce n'est au cours du premier cycle, il faudrait informer les étudiants lors du deuxième.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Ce sujet mériterait que l'on y revienne.

Les amendements sont retirés.

La commission adopte l'article 4 modifié.

Après l'article 4

La commission examine l'amendement AS1107 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Cet amendement vise à apporter une nouvelle solution à la désertification médicale, en créant le statut de médecin volant, pour un médecin « thésé » venu en renfort d'un médecin installé devant faire face à un surplus d'activité, par exemple en cas d'épidémie. Ce n'est ni un médecin adjoint, ni un remplaçant, mais un travailleur non salarié, suivant une proposition faite par la commission d'enquête parlementaire. Par ailleurs, monsieur Véran, aucune mesure coercitive n'a été votée collectivement par la commission.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Les modalités de recours à l'adjuvat ont été étendues dans le projet de loi aux zones sous-denses, ce qui répond à votre question. Avis défavorable.

M. Philippe Vigier. Mais comment les médecins volants seront-ils rémunérés ?

La commission rejette l'amendement.

Article 5 : Extension du statut de médecin adjoint

La commission examine l'amendement AS602 de Mme Nathalie Sarles.

Mme Nathalie Sarles. L'adjuvat et l'exercice en tant que médecin remplaçant sont aujourd'hui autorisés pour les étudiants en médecine de troisième cycle en cas d'afflux exceptionnel de population. L'article 5 vise à permettre l'adjuvat dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Cet amendement vise à rendre également possible l'exercice en tant que médecin remplaçant, afin d'éviter de détériorer davantage l'accès aux soins dans les zones sous-dotées.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Votre demande est satisfaite, dans la mesure où le remplacement, dont le régime juridique restera inchangé, peut s'effectuer en tout point du territoire. Prévoir une disposition pour les zones sous-denses, en cas d'afflux saisonnier ou dans l'intérêt de la population ne présente pas d'intérêt car le remplacement nécessite comme seul préalable l'absence programmée du médecin à remplacer. En outre, en limitant à trois conditions cette possibilité, votre amendement conduit à exclure les zones qui ne correspondent pas aux caractéristiques énoncées mais où un remplacement temporaire s'avérerait nécessaire. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1104 de M. Philippe Vigier.

Mme Jeanine Dubié. L'exercice en qualité de médecin adjoint ou remplaçant est strictement encadré et nécessite une autorisation du conseil départemental de l'Ordre des médecins. Ces statuts gagneraient à être assouplis, afin de mobiliser plus facilement la ressource médicale disponible. Il est donc proposé de substituer un régime déclaratif au régime d'autorisation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Le conseil de l'Ordre ne pourrait alors plus exercer les vérifications d'usage avant la prise de poste, notamment à l'endroit des étudiants susceptibles d'exercer. Il paraît difficile de s'exonérer de ce travail de contrôle préalable. Avis défavorable.

M. Philippe Vigier. La rigueur intellectuelle de Mme la rapporteure pourrait trouver à s'exercer sur les conditions dans lesquelles le conseil de l'Ordre vérifie que les médecins étrangers qui exercent dans les hôpitaux satisfont aux exigences de la profession. On dénombre entre 9 000 et 10 000 médecins non-inscrits au conseil de l'Ordre, et pour lesquels il n'existe pas de régime d'autorisation.

M. Julien Borowczyk. Cher collègue, vous savez que nous allons avancer sur ce point et prévoir une régularisation, qui impliquera que le conseil de l'ordre statue.

S'agissant de l'autorisation de l'exercice en qualité de médecin adjoint ou de remplaçant, je sais, pour avoir recruté un adjoint dans mon cabinet, qu'il suffit juste d'un appel téléphonique au conseil de l'Ordre pour l'obtenir. Voilà un exemple concret !

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette successivement les amendements AS905 et AS906 de M. Julien Dive et AS470 de M. Vincent Rolland.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS24 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS106 de M. Vincent Descoeur, AS181 de Mme Nadia Ramassamy. AS270 de M. Alain Ramadier, AS351 de Mme Josiane Corneloup, AS712 de M. Philippe Vigier, AS853 de M. Jean-Pierre Door et AS1036 de M. Francis Vercamer.

M. Paul Christophe. Pour élargir la possibilité de recourir à un médecin adjoint, cet amendement vise à supprimer le caractère ponctuel de la carence constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental de l'Ordre. Nombreuses sont les zones qui rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins sans pour autant être identifiées comme telles au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

M. Philippe Vigier. Sous le quinquennat précédent, une avancée notable a permis à des médecins non « thésés » de venir travailler auprès de médecins. Ne peut-on pas faire confiance aux conseils départementaux de l'Ordre pour apprécier les situations ? Il convient d'élargir ce dispositif, lancé à titre expérimental dans mon département, et qui a fait la preuve de son efficacité. Là encore, faisons confiance aux professionnels !

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements sont porteurs de confusion. La suppression demandée n'est pas anodine : en visant la carence permanente qui correspond peu ou prou aux zones sous-denses déterminées par les ARS, elle tend à mettre sur le même plan la compétence du conseil départemental de l'Ordre et les ARS et relativise le zonage effectué pour les médecins généralistes. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS337 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. « Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage » ! Il s'agit, à nouveau, d'insérer les collectivités locales dans le processus et de leur permettre de saisir le préfet pour obtenir l'autorisation de recruter un médecin adjoint. Parfois, les maires sont plus vite informés que l'ARS ou le conseil de l'Ordre de manquements ou de carences.

Je saisis l'occasion pour inviter Mme la rapporteure à consulter la jurisprudence, assez stable, du Conseil d'État, qui ne goûte que très peu la notion de carence « *ponctuelle* », car elle ne correspond à rien, n'a ni début ni fin et pose de nombreuses difficultés.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. En sus des réserves déjà exprimées, je crains qu'un tel amendement ne produise un formalisme lourd qui aboutirait à l'effet inverse du but recherché : les collectivités territoriales devront justifier à chaque fois de leurs besoins, lorsqu'il est plus simple de contacter le préfet ou le conseil de l'Ordre. Avis défavorable.

M. Philippe Vigier. Je rejoins M. Grelier sur la jurisprudence du Conseil d'État. Je rappelle que c'est bien le préfet, et non le directeur général de l'ARS, qui prononce la réquisition en cas de besoin particulier. L'ARS ne fait que demander au préfet de statuer. C'est ainsi que, dans mon département, on en est arrivé à créer le statut de médecin adjoint. Je ne saisis donc pas l'argumentation de la rapporteure.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1317 de M. Anthony Cellier.

M. Anthony Cellier. Il existe un défaut d'information des étudiants en médecine sur le statut de médecin adjoint, comme, du reste, sur le contrat d'engagement de service public. Mon amendement vise à informer les étudiants, dès la première année du troisième cycle, de la possibilité d'être autorisés à exercer la médecine comme adjoint.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'information des étudiants est un enjeu important. Toutefois, l'avis est défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS572 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS574 de M. Thibault Bazin, AS713 de M. Philippe Vigier, AS870 de M. Jean-Pierre Door, AS967 de M. Joël Aviragnet et AS999 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit d'ouvrir aux établissements de santé publics et privés la possibilité de recourir au statut de médecin adjoint.

Mme Jeanine Dubié. Les délais pour obtenir une consultation en cardiologie, en dermatologie ou en ophtalmologie sont très importants. Il nous faut répondre à ces difficultés d'accès aux soins dans de nombreux territoires, notamment dans les zones de désertification médicale. Il est nécessaire que l'ensemble des acteurs du système de santé, de tous statuts, puissent se mobiliser en bénéficiant des dispositifs réservés pour les zones sous-dotées. Il est donc proposé d'ouvrir le statut de médecin adjoint aux établissements de santé publics et privés.

M. Jean-Pierre Door. Le statut de médecin adjoint, madame la ministre, permet simplement de répondre à la surcharge de travail d'un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, dans une zone où existent des difficultés d'accès aux soins. Pourtant, je constate que l'on s'emploie à restreindre cette possibilité, la carence devant être ponctuelle. On devrait au contraire ouvrir cette possibilité à l'ensemble du corps médical, y compris aux établissements privés.

M. Joël Aviragnet. J'adhère aux arguments de mes collègues, compte tenu de la situation dans les zones sous-dotées.

Mme Isabelle Valentin. L'extension du dispositif du médecin adjoint est l'une des réponses apportées par le projet de loi aux difficultés d'accès aux soins dans de nombreux territoires. Afin de répondre pleinement à cet enjeu majeur, l'ensemble des acteurs du système de santé, de tous statuts, doivent être en capacité de se mobiliser, et bénéficier des mêmes dispositifs que les zones sous-dotées.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ce statut a été créé pour améliorer l'accès aux soins de ville et, au passage, de désengorger les urgences des hôpitaux. Les hôpitaux bénéficient d'un équivalent des médecins adjoints, puisque les internes, en fin d'internat, peuvent effectuer des gardes « séniorisées » et bénéficier quasiment du même statut que celui de médecin adjoint. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. L'objectif qui a présidé à la création du statut de médecin adjoint est double : aider les médecins libéraux installés en zone sous-dense ou en zone en tension ; former les jeunes à la médecine libérale. Je ne

comprends pas l'intérêt d'ouvrir ce statut aux établissements de santé, qui sont déjà le lieu de formation de tous les professionnels. Je vous suggère de retirer ces amendements.

M. Joël Aviragnet. Parfois, je me demande si l'on a bien conscience de ce que c'est que de ne plus avoir de médecin référent ! Cela contribue à bien des angoisses et des inquiétudes chez les personnes malades. Il faut mettre en œuvre rapidement tous les dispositifs possibles, car il y a le feu au lac ! On a bien vu ce que cela donne lorsque les gens sont inquiets : lassés de ne pas être entendus, ils vont à nouveau descendre dans la rue !

M. Philippe Vigier. Il faut réconcilier la médecine hospitalière et la médecine libérale. Le fait que l'on propose à des médecins adjoints d'exercer en hôpital est aussi un moyen efficace de lutter contre la désertification médicale. Utilisons-le !

M. Julien Borowczyk. Ce n'est pas parce que nous sommes dans une situation catastrophique qu'il faut élargir sans limite les dispositifs ! Mme la ministre l'a expliqué, le texte consacre l'extension du dispositif du médecin adjoint. Je ne comprends pas la finalité de vos amendements, chers collègues, si ce n'est de proposer une forme de salariat déguisé.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 5 modifié.

Après l'article 5

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS1405 de Mme Annie Chapelier, AS298 de Mme Éricka Bareigts et AS1421 de Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. Mon amendement AS1405 vise à autoriser les infirmiers exerçant en libéral à établir des certificats de décès. Dans les zones de désertification médicale, il arrive que les médecins refusent de se déplacer pour établir l'acte – même si la rémunération a été portée à 100 euros – dans les heures suivant le décès. Ces situations sont récurrentes et insoutenables, tant humainement que sur le plan de l'hygiène publique. Durant de longues heures, les corps ne peuvent être correctement conservés et les proches ne peuvent être prévenus. Dans mon département, une famille a dû ainsi attendre 36 heures.

Mme Éricka Bareigts. Ces situations très graves se produisent dans les zones rurales, mais aussi dans les outre-mer, où il arrive souvent que les conditions climatiques concourent à la dégradation des corps, au point qu'ils ne peuvent plus être présentés aux familles, ce qui ajoute de la douleur à la douleur. Une pétition en faveur des familles réunionnaises endeuillées, lancée par la Mutualité de La Réunion, a recueilli 18 665 signatures. Une solution à cette situation serait de permettre aux infirmiers de délivrer les certificats de décès.

Mme Annie Chapelier. Cet amendement de repli vise à prévoir, à titre expérimental, une habilitation des infirmiers exerçant en libéral à établir des certificats de décès en zones rurales et sous-denses. Ces amendements imparfaits sont une tentative de réponse à des situations insoutenables. Ils ont déjà été proposés, et repoussés, sous la précédente législature. Il faut savoir qu'en Polynésie française, où la santé n'est pas une compétence de l'État, cette délégation existe déjà.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements ne prévoient pas de rémunération pour les infirmiers, ce qui constitue un premier motif de rejet. Le constat du

décès relève d'un acte médical destiné à rechercher les causes. Le décret d'application prévoit que le certificat comporte un volet complémentaire lorsque les causes n'ont pu être déterminées avec précision et requiert des investigations complémentaires. En outre, ces informations sont essentielles à l'alimentation de la base de données sur les causes de décès et importantes pour prévenir tout risque sanitaire.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Ce sont des situations auxquelles nous ne pouvons être que sensibles, et nous avons beaucoup réfléchi à ces amendements. Je souhaite que l'établissement de l'acte de décès demeure un acte médical, car il permet de repérer les causes de décès suspectes par exemple, et nécessite de remplir avec précision un document pour repérer de nouvelles pathologies ou des risques épidémiques. Déclasser l'acte de décès et le transformer en acte infirmier constituerait une décision majeure, qu'il me semble difficile de prendre en l'état. Je comprends toutefois les difficultés auxquelles les territoires font face. Je vous propose de réfléchir encore sur cette question et de vous soumettre un amendement en séance.

Mme Jeanine Dubié. Ces situations concernent aussi les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : lorsqu'un décès survient le week-end, il se passe souvent vingt-quatre heures avant que le médecin ne vienne le constater. Pendant ce temps, le corps demeure dans la chambre et la situation est compliquée, même vis-à-vis de la famille. Nous devons nous pencher sur cette question et prévoir une formation pour les infirmiers.

Mme Géraldine Bannier. J'ai été alertée à ce sujet par les forces de l'ordre de Mayenne, qui sont contraintes de demeurer auprès du corps, même lorsque la personne décédée était très âgée, ce qui les empêche d'intervenir ailleurs.

M. Jean-Pierre Door. J'ai présidé la mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins en 2015 et cette question a constitué un chapitre important de notre réflexion. Les auditions, notamment d'associations de type « SOS médecins », ont montré que les infirmiers, s'ils n'ont pas les compétences pour établir l'acte médical, ont la capacité de réaliser le constat de décès. C'est un problème majeur qui ne se pose pas uniquement dans les outre-mer, mais aussi dans les déserts médicaux de l'Hexagone, et qu'il faut tenter de résoudre.

Mme Éricka Bareigts. Cette question se pose dans tous les territoires ; je ne visais pas uniquement l'outre-mer, je prenais seulement en exemple La Réunion. Madame la ministre, j'ai compris que vous vouliez réfléchir et proposer une solution d'ici la séance, mais j'appelle une nouvelle fois votre attention sur ces situations très douloureuses pour les familles, où le corps se décompose pendant de longues heures, avant l'arrivée du médecin. Il faut répondre à ces situations et avancer, même à titre expérimental, en conservant une vigilance particulière sur les conséquences d'une telle disposition et en prévoyant son évaluation.

Mme Delphine Bagarry. Ne faudrait-il pas réfléchir à l'exigence d'un diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (IPA) ? Rappelons cependant que les médecins ne bénéficient pas de formation particulière en la matière ; dire qu'une mort est suspecte relève davantage du bon sens.

Mme Caroline Fiat. Lors d'un déplacement dans le cadre de notre mission sur les EHPAD, les responsables d'un établissement – il n'était pas situé en zone rurale, mais en

Seine-Saint-Denis ! – nous ont dit qu'ils avaient eu bien du mal à expliquer à la famille l'état du corps de leur proche, dont le décès était survenu lors d'un week-end, suivi d'un jour férié. SOS Médecins ne se déplace plus pour ce motif. Ce sont des situations mal comprises des familles, qui parfois se laissent à espérer que si le décès n'est pas reconnu, c'est que la personne n'est pas morte. Enfin, il convient de penser aux résidents des EHPAD, qui vivent dans la proximité du corps.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je remercie Mme la ministre de laisser ouverte une piste pour la séance. Certes, le constat du décès est un acte médical, utile notamment lorsqu'il s'agit d'une mort suspecte. Pour autant, nombre d'accompagnements se font en soins palliatifs dans les établissements et à domicile, ce qui donne la possibilité d'anticiper. On pourrait alors imaginer dans ce cadre une délégation de tâche. Monsieur Door, je vous remercie de reconnaître la capacité des infirmiers à constater les décès. Ce sont les mêmes qui souvent, tiennent la main des patients jusqu'au terme de leur vie et annoncent le décès aux proches : leurs compétences ne sont plus à prouver.

M. Alain Bruneel. Un article dans la presse quotidienne régionale a fait état du décès d'une personne handicapée, en fauteuil roulant, découvert le samedi matin et pour lequel le constat n'a pu être fait que le lundi, faute de médecin disponible. C'est une situation dramatique, à laquelle on doit pouvoir répondre. Je ne sais pas s'il conviendrait d'habiliter les infirmiers, notamment dans les établissements, mais l'important réside surtout dans le fait de déterminer les causes d'un décès. Je souscris à la proposition de la ministre de trouver une solution d'ici la fin des travaux.

M. Olivier Véran. En pratique, lorsqu'un décès survient dans un service hospitalier, il est souvent constaté par l'infirmier – tout le monde en est d'accord –, mais il appartient au médecin de vérifier que la mort est certaine, et de remplir le certificat. Ce certificat ne fait pas seulement mention de l'obstacle médico-légal – la nécessité de pratiquer une autopsie – ; il conduit aussi à déterminer s'il existe un risque infectieux – ce qui justifierait des conditions particulières d'inhumation – ou si le défunt était équipé d'un pacemaker. Enfin, le médecin doit renseigner les causes du décès : s'agit-il d'un accident vasculaire cérébral (AVC) lié à un hématome cérébral ? Ce dernier était-il lié à une hypertension, et depuis combien de temps ? Cette dernière était-elle due au tabagisme, et depuis combien de temps ? Le médecin doit consigner toutes sortes d'informations ; ce n'est pas seulement un acte technique.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Je rejoins les propos de M. Véran. Le sujet est éminemment délicat, tant pour les personnes qui se verraient habilitées que pour les conséquences sur le plan sociétal. Il faut prendre le temps de réfléchir à ce qu'il convient de faire, pour ne mettre à mal ni les uns ni les autres, tout en considérant l'urgence attachée à cette question. Ce n'est pas pour rien que cet acte relève de l'autorité médicale.

Mme Monique Iborra. Je ne suis pas particulièrement favorable aux méthodes coercitives, mais je n'arrive pas à comprendre que nous soyons en train de discuter de la possibilité de déléguer cet acte aux infirmiers uniquement parce que des médecins refusent de se déplacer, décidant que les circonstances n'ont pas de caractère d'urgence. Cela ne se justifie pas. C'est tout bonnement inadmissible !

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je remercie Mme la ministre pour sa proposition. Il serait intéressant de réfléchir à une solution pour les morts attendues, qu'il convient, en l'espèce, de distinguer des morts brutales.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. En réalité, nous sommes tous d'accord pour reconnaître le problème, considérer que les infirmiers savent très bien repérer qu'un patient est décédé et, pour autant, dire que l'établissement d'un certificat de décès est un acte médical. En effet, le registre des décès est un registre exhaustif, qui permet de connaître les causes de décès dans la population française. Il doit être rempli médicalement, avec rigueur. Parmi ces constats, nous devons trouver une voie étroite.

Je rappelle que, depuis un an, et dans toutes les zones sous-denses, le déplacement du médecin est rémunéré 100 euros, ce qui n'était autrefois le cas que le week-end et la nuit. Je propose de faire un bilan de cette mesure et de considérer son élargissement éventuel. J'essaierai de travailler sur ce point avec mes équipes, mais je crois que l'on ne peut pas déclasser le certificat de décès, qui doit rester un acte médical. Vous comprenez bien la difficulté devant laquelle nous nous trouvons. Je vous proposerai une solution en séance.

La commission rejette successivement les amendements.

La séance est suspendue de vingt-trois heures trente à vingt-trois heures quarante.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS2 de M. Fabrice Brun.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements identiques AS722 de M. Philippe Vigier et AS875 de M. Jean-Pierre Door ainsi que l'amendement AS1412 de M. Olivier Véran.

Mme Jeanine Dubié. Notre amendement AS722 a pour objet la prise en compte des spécialités médicales dans le zonage, en particulier dans les zones sous-dotées. Pour remédier au problème que posent ces dernières, et pour définir une carte plus exhaustive, nous vous proposons, par cet amendement, de préciser que le zonage de médecins élaboré pour les mesures incitatives doit prendre en considération le maillage nécessaire pour chaque spécialité ou groupe de spécialités.

M. Jean-Pierre Door. Mon amendement vise également à préciser dans la loi que le zonage de médecins élaboré pour les mesures incitatives doit prendre en considération le maillage nécessaire pour chaque spécialité ou groupe de spécialités.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Aujourd'hui, le zonage élaboré pour les mesures incitatives sert de base aux aides pour les médecins spécialistes. Cette situation n'est pas satisfaisante, puisque les zonages de médecins généralistes et de médecins spécialistes ne se recoupent pas, y compris entre les différents médecins spécialistes.

Vos amendements comportent un risque, car l'arrêté qui définit la méthodologie du zonage concerne les médecins. On vise donc bien les médecins spécialistes.

La difficulté est la suivante : l'ajout des mentions visant à tenir compte des spécialités va aboutir à cesser de verser les aides aujourd'hui accordées aux spécialistes au titre de l'arrêté. Il faudra de nouveau prendre un texte réglementaire pour appliquer la nouvelle mesure. Durant ce laps de temps, les médecins concernés se trouvent dans une situation d'insécurité juridique.

Je ne peux donc être favorable à ces amendements.

M. Olivier Véran. La rédaction de mon amendement permet justement d'éviter l'écueil que signale Mme la rapporteure. J'ajoute que cet amendement ne s'appliquerait qu'à compter de la publication des décrets d'application qui déterminent le zonage par spécialité ou groupe de spécialités. Ainsi, il n'y aurait pas d'insécurité. Il est important d'obtenir une délimitation dans les zonages par spécialité et par groupe de spécialités, car tout repose aujourd'hui sur la seule présence des médecins généralistes au sein des territoires.

Or il est beaucoup plus compliqué pour eux d'exercer sereinement lorsqu'il n'y a pas de spécialités ou plateau technique à proximité. Par exemple, il peut y avoir des zones où vous avez des généralistes, mais pas d'oculistes. Il serait donc intéressant de faire bénéficier demain un certain nombre de spécialités, qui manquent dans les territoires, des mesures incitatives, conventionnelles ou non. Des travaux ont déjà été lancés, mais ne sont pas suffisamment avancés. Raison de plus pour que la loi pose le principe, afin d'aller de l'avant.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je m'en remets à la sagesse de la commission sur votre amendement.

M. Jean-Pierre Door. Comment, madame la rapporteure, pouvez-vous donner un avis de sagesse sur l'amendement de M. Véran après avoir refusé le mien ? Certaines villes, et même certains chefs-lieux de département, manquent d'anesthésistes, alors qu'ils ont suffisamment de généralistes. D'autres villes manquent de chirurgiens et de neurochirurgiens. Le maillage territorial de ces spécialités de recours n'est pas le même maillage que pour les autres spécialités. Tel est le sens de cet amendement : répondre à ce problème dont les fédérations hospitalières sont totalement conscientes.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous avez raison : votre amendement va dans le même sens que celui de M. Véran, mais l'écriture du vôtre provoque un problème juridique.

*La commission **rejette** les amendements identiques AS722 et AS875.*

*Elle **adopte** l'amendement AS1412.*

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS310 et AS311 de M. Jérôme Nury et l'amendement AS1106 de M. Philippe Vigier.

Mme Véronique Louwagie. L'amendement AS310 de notre collègue Jérôme Nury vise à apporter une réponse dans les contextes de désertification médicale dans les territoires ruraux où il devient urgent d'agir pour assurer un accès aux soins égal sur tous les territoires. Il vous est proposé de permettre à un ancien médecin, à un médecin en retraite, de continuer d'exercer après sa prise de retraite dans des zones sous-denses.

Le but de ce dispositif est de lutter contre les déserts médicaux, au moyen d'une exonération de cotisations sociales et de retraite dès lors que les revenus n'excèdent pas 90 000 euros annuels.

Quant à l'amendement AS311, il s'agit d'un amendement de repli qui propose une solution équivalente, mais avec une durée limitée à 24 mois.

M. Paul-André Colombani. Lorsqu'on parle d'offre de soins, c'est en nombre d'heures médicales disponibles qu'il faut raisonner. La profession de médecin évolue, sous l'effet de la féminisation et des exigences des jeunes générations relativement à

l'alourdissement des tâches administratives. Tous ces facteurs ont tendance à faire reculer le temps médical disponible.

Dans des zones sous-dotées en médecins, délaissées par les nouvelles générations, le temps médical disponible pourrait être augmenté en allongeant la durée d'activité des médecins. Pour cela, il faut encourager l'exercice du cumul emploi-retraite. Les mesures qui ont déjà été prises vont dans le bon sens, mais restent à mon sens trop timorées.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il s'agit d'amendements qu'on retrouve régulièrement, notamment lorsque nous examinons les PLFSS. Ils ont le défaut de multiplier les niches sociales et fiscales et, d'autre part, d'utiliser l'assurance vieillesse pour financer des dépenses qui relèvent de l'assurance maladie. Pour ces raisons, j'y suis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS559 de M. Jean-Pierre Cubertaon.

Elle examine ensuite l'amendement AS307 de M. Jérôme Nury.

Mme Véronique Louwagie. Après avoir constaté que les différentes mesures incitatives qui ont été mises en place à l'égard des médecins n'ont pas apporté satisfaction puisqu'il reste un grand nombre de territoires en difficulté, il nous faut trouver d'autres dispositifs.

M. Nury nous propose d'imposer au dernier tiers des étudiants du *numerus clausus* qu'à la sortie des études, ils s'installent dans des zones déficitaires au niveau régional. Cette solution est nettement plus nuancée que la solution d'imposer à tous les étudiants nouvellement installés de s'implanter dans les territoires sous-denses. Cette disposition permettrait d'imposer l'installation dans des zones qui seraient définies par l'ARS, pendant une durée limitée de trois ans. On ne peut pas, à proprement parler, parler d'une obligation d'installation, mais seulement, finalement, de l'accomplissement d'un bref service public qui serait demandé pendant une période limitée.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Comme vous le savez, nous faisons le choix d'accorder notre confiance aux acteurs pour améliorer l'accès aux soins et nous n'allons pas dans le sens de la coercition, quelle qu'elle soit. D'autre part, le *numerus clausus* est supprimé dans ce texte de loi, qui supprime aussi tout examen classant à la sortie. Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS306, AS308 et AS309 de M. Jérôme Nury, les amendements AS1363 et AS1365 de M. Benoît Simian et les amendements identiques AS517 de M. Yves Daniel, AS931 de M. Joël Aviragnet et AS1160 de M. Pierre Dharréville.

Mme Véronique Louwagie. L'amendement AS306 de notre collègue Jérôme Nury répond à la même problématique que les amendements précédents. Il est proposé une obligation d'installation initiale en zones sous-dotées, telles que définies par les ARS, pendant une période de quelques années. C'est une disposition qui est réclamée par les maires ruraux.

Elle a certes soulevé de vives oppositions, mais, aujourd'hui, les mesures incitatives mises en place n'ont pas apporté de réponse satisfaisante.

Les deux autres amendements de notre collègue Nury reposent sur le même principe.

M. Benoît Simian. Quand j'étais maire, j'ai été confronté à ce problème de la désertification médicale, qui va *crescendo* année après année. Je propose donc, par l'amendement AS1363, d'encadrer la liberté d'installation, qui relève de l'intérêt général, comme pour les pharmaciens, en instaurant une obligation d'installation en zone sous-dense durant les trois premières années suivant la sortie des études de médecine.

L'amendement AS1365 participe du même esprit. Il s'agit de défendre la liberté d'installation, mais sans compromettre le droit à la santé, qui est une garantie constitutionnelle.

M. Yves Daniel. On parle beaucoup de coercition et de libre installation. Pour ma part, je suggère un compromis. Plutôt que d'obliger les médecins à s'installer dans les zones sous-dotées, je propose d'empêcher les médecins de s'installer dans les zones déjà suffisamment dotées ou suffisamment pourvues de médecins.

C'est une forme de coercition, certes, mais qui peut, me semble-t-il, aider à lutter contre la désertification médicale. Cela n'empêche pas la libre installation, mais cela oblige, en revanche, à prendre en compte les situations réelles dans les territoires.

M. Joël Aviragnet. Je crois que d'autres députés partagent le même point de vue, à savoir ce sentiment qu'il y a lieu de revenir sur la question de l'installation. Mon amendement concerne le conventionnement sélectif ou territorial. Car, même si on peut toujours, madame la rapporteure, augmenter le nombre de médecins formés et supprimer le *numerus clausus*, le nombre de médecins restera toujours insuffisant, parce ce qu'on ne réglera pas la question de la répartition des médecins sur le territoire. Des territoires entiers resteront sinistrés en matière d'accès aux soins.

M. Alain Bruneel. Cet amendement vise à étendre aux médecins libéraux, un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé, par exemple les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes. Il prévoit que, dans les zones définies par l'ARS en concertation avec les syndicats médicaux, zones dans lesquelles existe un fort excédent en matière d'offre de soins, un nouveau médecin libéral ne peut s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité. Le principe de liberté d'installation demeure donc, mais le conventionnement n'est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Tous ces amendements reposent sur la coercition. Je comprends que les élus – dont je suis – s'inquiètent et cherchent des solutions pour améliorer l'accès aux soins. Mais ce que l'on a pu constater ces derniers mois dans les territoires, c'est un véritable dynamisme visant à améliorer l'accès aux soins dans le cadre de coordinations dont nous aurons l'occasion de parler, notamment dans la suite du texte. Toute mesure de coercition mettrait un coup d'arrêt à ces initiatives, et c'est pourquoi je formule un avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je sais que beaucoup d'entre vous sont sollicités sur cette question de l'installation. Mais je pense qu'il faut qu'on aborde les choses non pas en termes de droit de liberté individuelle, mais de pragmatisme.

Beaucoup d'entre vous ont dit qu'il faudrait favoriser l'installation dans les zones sous-dotées et l'empêcher, ou sélectionner, ou faire un conventionnement sélectif dans les zones sur-dotées. Mais soyons clairs : si le zonage des zones sous-denses pose déjà beaucoup de problèmes aux élus et aboutit à beaucoup de réclamations, je n'ose imaginer la joie qu'il y aurait à définir des zones sur-dotées... À qui va-t-on dire : vous n'avez plus le droit à de nouveaux médecins ? Je voudrais savoir lequel d'entre vous va participer à cet effort collectif et dire qu'il est implanté dans une zone trop dotée en médecins !

Une des données du problème est que les jeunes médecins, aujourd'hui, ne souhaitent pas s'installer en libéral et qu'une majorité d'entre eux préfèrent un exercice salarié. Il nous faut donc rendre l'installation libérale plus attractive. Pensez-vous que l'obligation de s'installer pendant trois ans dans une zone sous-dense, ou le conventionnement sélectif, va amener nos jeunes médecins à avoir envie de s'installer, alors que des milliers de postes de médecins salariés sont vacants ? Je vous rappelle aussi que 70 % des jeunes médecins qui sortent des études de médecine sont des femmes. On peut s'attendre à voir formuler des demandes de médecins salariés en médecine de santé, en médecine du travail, en médecine scolaire, dans l'industrie pharmaceutique...

Plus nous serons coercitifs, moins il y aura d'installations tout court. Notre but, c'est au contraire de rendre l'exercice attractif et, partant, de rendre les territoires attractifs. Pour cela, nous avons fait le choix de répondre aux attentes des jeunes médecins, à savoir l'exercice coordonné ou l'exercice regroupé.

Il s'agit de favoriser des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les centres de santé, les CPTS, les modes d'exercice où les médecins se coordonnent avec d'autres professionnels de santé, les délégations de tâches, par exemple pour le suivi des pathologies chroniques, que d'autres professionnels peuvent assurer. C'est un choix totalement inverse des propositions que vous faites aujourd'hui. Certes, elles répondent à une demande, mais elles n'apportent qu'une réponse simpliste, totalement contre-productive dans la situation que nous connaissons aujourd'hui, à savoir une situation de sous-effectif médical global dans notre pays.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Nous avons bien entendu vos éléments pragmatiques, madame la ministre. Oui, une politique de coercition irait à l'encontre de la dynamique nouvelle que ce projet de loi tente de mettre en place, à savoir une offre de santé assurée par une communauté de professionnels. C'est l'approche collective qui répond aux besoins de la population, tandis qu'un changement de paradigme est à l'œuvre dans la profession. La coercition irait à l'encontre de cette dynamique.

M. Joël Aviragnet. Mais comment mesurer, dans nos territoires, ce dynamisme dont vous parlez ? Dans les territoires ruraux d'Occitanie, nous n'en voyons guère la couleur pour le moment. Je ne vois que des médecins partant à la retraite ou changeant de région. Nous ne vous demandons pas d'enlever des médecins dans les zones sur-dotées – lesquelles, d'ailleurs, existent : en Occitanie, cette concentration s'observe à Montpellier, à Toulouse et au bord de la Méditerranée. C'est tout de même une réalité.

Nous vous demandons de mettre des médecins face aux patients. Cela se fait dans de grands corps de l'État : les élèves qui sortent de l'École nationale d'administration (ENA) n'ont pas forcément envie d'aller en sous-préfecture, mais ils y vont. Voilà, c'est comme ça !

M. Pierre Dharréville. La question est de savoir si l'on se dote d'un outil supplémentaire ou si l'on s'en passe. En l'occurrence, il ne s'agit pas d'enlever des médecins dans un certain nombre de zones : il s'agit, là où il y a suffisamment de jeunes médecins, de pas en laisser s'installer davantage, afin de les amener là où la désertification médicale est en train de progresser.

On se lance à la figure, tel un slogan, depuis dix-huit mois, le mot de « *coercition* ». Il ne s'agit pas de coercition, mais de régulation. Il s'agit de disposer d'un instrument qu'on puisse mobiliser et moduler dans le cadre des décrets d'application. La question mérite tout de même d'être posée.

M. Olivier Véran. Cela fait plus de dix-huit mois que ces mesures sont évoquées. En 2007, pour le premier PLFSS de la présidence de Nicolas Sarkozy, la droite se déclare en faveur de la coercition, tandis que la gauche dit non. En 2012, nouveau début de mandat, la droite dit non à la coercition, une partie de la gauche dit oui, mais Marisol Touraine dit non... On sent bien que cette idée est dans l'air, basculant de droite à gauche au gré des mandats...

On comprend bien l'urgence, car la pression démographique est extrêmement forte. Mais on peut aussi se dire qu'une idée qui bascule ainsi de droite à gauche sans être jamais adoptée ne peut être qu'une mauvaise idée, une idée inefficace et injuste. Elle n'a fonctionné nulle part ailleurs en Europe ni au Canada, comme la ministre l'a rappelé. Je le dis à chaque examen de PLFSS, à chaque fois qu'elle revient sur le tapis.

Lequel d'entre nous, chers collègues, peut dire ici qu'il a trop de médecins dans sa circonscription ? Il n'y a pas trop de médecins généralistes sur le territoire national ! Il y a une pénurie, qui est assez globale et qu'on essaye de gérer par des mesures visant à favoriser l'attractivité, la coordination et la coopération interprofessionnelle.

Ne déshabillons pas Pierre pour habiller Paul, quand Pierre n'a déjà plus qu'un maillot et une paire de tongs ! (*Sourires.*) Il faut faire extrêmement attention : imaginer qu'on puisse exiger de quelqu'un qu'il ouvre un cabinet libéral pour trois ans, puis le ferme ensuite lorsqu'il pourra s'installer ailleurs, c'est mal connaître les conditions d'exercice du métier.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Du côté du MODEM, nous avons un peu la même position : cette mesure peut paraître sympathique, mais elle est en fait contre-productive. À la sortie des études médicales, seulement 12 % des jeunes choisissent l'exercice libéral.

Le principe sur lequel reposent ces propositions est intéressant, mais il faut plutôt chercher à favoriser l'installation en libéral et l'exercice libéral en général. Ce n'est qu'ainsi que nous obtiendrons des résultats, et non en poussant les jeunes médecins à chercher des postes salariés.

M. Jean-Pierre Door. Certains chiffres parlent d'eux-mêmes : en médecine libérale, en 2018, il y a eu exactement 1 047 installations, dont plus de 60 % de spécialistes, soit moins de 400 installations de généralistes, sur l'ensemble de la France... Paris, pour sa part, connaît une diminution de 25 % du nombre de ses médecins. Il y a une déperdition de généralistes sur

l'ensemble du territoire. Comment voulez-vous que les jeunes médecins aillent s'installer là où il faudrait ? Ils vont ailleurs !

Quant à empêcher le conventionnement de ceux qui s'installeraient dans des zones sur-denses, ce serait tout bénéfique pour eux, parce qu'ils s'installeraient en secteur 2 ou en secteur 3, où ils auront quand même une clientèle. On va ainsi travailler à l'envers de ce que l'on voudrait.

M. Yves Daniel. Je ne suis pas dans le monde médical et je ne suis pas médecin, donc je me fais tout petit.

Pourtant, madame la ministre, puisque vous avez parlé de pragmatisme, je ne peux m'empêcher de faire la comparaison entre ce que nous vivons dans nos exploitations d'élevage avec les vétérinaires et les groupements vétérinaires, et la situation de la médecine humaine. Parler, dans ces conditions-là, de pragmatisme, c'est franchement scandaleux. Il faut au contraire faire face à la réalité que nous vivons dans les territoires. J'ai été longtemps maire d'une commune de secteur rural et je peux dire : quand on a un médecin pour 3 500 habitants, ce n'est pas un problème politique, mais un problème de santé publique et d'intérêt général.

M. Jean-Carles Grelier. Il en va de la médecine comme de la fiscalité écologique : on ne fait pas une bonne réforme contre ceux qu'elle concerne. Quand les syndicats de médecins et les syndicats d'étudiants en médecine manifestent très majoritairement pour dire leur opposition formelle à toute mesure de coercition, quelle qu'elle soit et quelle qu'en soit la nature, on a la certitude qu'on ira à l'échec si on pousse dans cette direction. C'est une question de bon sens et de pragmatisme.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS1008 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Isabelle Valentin. Les médecins habilités à exercer la propharmacie sont peu nombreux aujourd'hui. C'est pourtant une des solutions pour mettre fin aux déserts médicaux dans les territoires ruraux, ainsi qu'un moyen de faciliter à la fois le travail des médecins et la vie des patients, notamment des personnes âgées, des personnes seules ou des personnes qui ne sont pas mobiles. Mon amendement vise donc à étendre l'autorisation d'exercer la propharmacie à tout médecin adjoint d'un cabinet disposant déjà de cette habilitation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Pour que le recours à la propharmacie soit autorisé, il faut qu'il n'y ait pas de pharmacie dans la commune où exerce le médecin et qu'il y ait à cela un intérêt de santé publique. L'autorisation est accordée au cas par cas, et il faut maintenir ce principe. La généralisation proposée par cet amendement ne me semble donc pas de bon aloi. Avis défavorable.

Mme Isabelle Valentin. Dans un cabinet qui compte déjà un pharmacien le médecin adjoint aurait simplement lui aussi l'autorisation d'exercer la propharmacie. Il ne s'agit pas de généraliser partout la propharmacie.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. L'amendement est déjà satisfait, car un médecin adjoint qui exerce dans le même cabinet qu'un médecin ayant cette autorisation dispose lui-même de l'autorisation. Je vous suggère de retirer votre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1369 de M. Benoît Simian.

M. Benoît Simian. Nous n'aimons pas la coercition, mais nous pouvons aimer l'incitation. Mon amendement vise, dans les zones de désertification médicale, à valoriser la rémunération des astreintes des médecins.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cette demande est déjà satisfaite par le droit actuel. Les ARS ont toute latitude pour mettre sur pied avec les médecins des organisations articulées qui tiennent compte des besoins territoriaux. De fait, cette initiative repose généralement sur la présence d'associations libérales de permanence des soins, sur l'importance du nombre de volontaires. Avis défavorable.

M. Benoît Simian. Cet amendement est le fruit de séances de travail avec le conseil de l'Ordre de Gironde, ainsi qu'avec un médecin généraliste exerçant en zone tendue, près de Lesparre, que j'ai rencontré lors d'un repas des aînés. C'est un amendement de bon sens et je ne comprends pas bien votre argumentation, madame la rapporteure.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Normalement, le directeur général de l'ARS a déjà tout loisir d'organiser de façon souple la permanence des soins ambulatoires (PDSA) avec les acteurs du territoire. Je vous suggère donc de retirer l'amendement.

M. Benoît Simian. Je vous crois sur parole et reprendrai donc contact avec l'ARS dans les prochains jours.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS1149 de M. Guillaume Garot.

Mme Gisèle Biémouret. Nous proposons que, dans des zones définies par les partenaires conventionnels – assurance maladie et professionnels concernés ou, à défaut, ARS – et après concertation avec les syndicats médicaux constatant eux aussi qu'il existe une offre de soins particulièrement abondante, un nouveau médecin libéral ne puisse s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable, pour les raisons précédemment exposées.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS54 de Mme Marine Brenier.

M. Gilles Lurton. Cet amendement de notre collègue Marine Brenier vise à habilitier les sages-femmes, en tant que professionnels de premier recours, à exercer un suivi gynécologique dans un établissement de santé ou un hôpital sous-doté en gynécologues obstétriciens.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cela existe déjà, et l'amendement, qui plus est, n'est pas codifié. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1127 de Mme Géraldine Bannier.

Mme Géraldine Bannier. Au-delà des batailles de tranchées politiques dont on a eu un écho tout à l'heure, et au-delà des positions de principe, il y a la réalité : je viens d'un territoire où le service public dont a parlé le Premier ministre cet après-midi est très mal assuré – et ce depuis des années, et malgré des mesures incitatives à la pelle !

Car, en Mayenne, nous avons tout : des maisons médicales, des aides à l'installation, des coopérations avec les CHU de Rennes et d'Angers, des médecins retraités qui travaillent pour désengorger les urgences... Malgré tout cela, nous connaissons un manque crucial de médecins. À l'hôpital de Laval, on n'a pas de pneumologue ; on manque de radiologues, de gynécologues, de médecins généralistes... Les chiffres ne sont pas bons. Je tempère donc votre optimisme de tout à l'heure, madame la ministre : la Mayenne est annoncée comme l'un des départements qui vont perdre le plus de généralistes dans les années à venir.

Je suggère donc une solution simple, qui m'est venue au cours d'échanges avec des internes et des médecins qui se sont installés en Mayenne. Je leur ai demandé la raison de leur maintien dans le territoire : ils m'ont répondu que c'était leur décision personnelle, après avoir commencé à y travailler. Ma proposition est de rendre obligatoire, pour les étudiants, le fait de passer une année en zone sous-dotée.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Pour un étudiant qui ne veut pas qu'on l'oblige à s'installer, il existe des milliers de possibilités : postes de médecins salariés, postes dans l'industrie pharmaceutique, postes à l'étranger... Toute mesure de coercition aurait donc un effet franchement négatif. Il suffit, pour s'en rendre compte, de discuter avec les étudiants en médecine.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1132 de Mme Géraldine Bannier.

Mme Géraldine Bannier. Cet amendement, dont je me demande s'il n'est pas déjà satisfait, vise à insérer l'article suivant : « *Si l'installation des médecins se fait en secteur 2 ou hors secteur, ils ne pourront pas bénéficier des aides conventionnelles à l'installation, notamment, le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM). En revanche pour toute installation en secteur 1, ils pourront bénéficier des aides à l'installation, prévues selon la législation en vigueur* ».

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable : en effet, l'amendement est satisfait.

L'amendement est retiré.

La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS932 de M. Joël Aviragnet et les amendements AS1364 et AS1366 de M. Benoît Simian.

M. Joël Aviragnet. Notre amendement vise à expérimenter le conventionnement sélectif des médecins pendant trois ans. Gardons-nous en la matière de confondre entre coercition et régulation : la limitation de la vitesse à 130 kilomètres par heure autorise les automobilistes à rouler à la vitesse de leur choix à condition qu'elle soit inférieure à cette limite, mais ne les oblige pas à rouler à cette vitesse. Il en va de même pour les médecins : il

ne s'agit pas de les obliger à s'installer où ils ne souhaitent pas aller mais de leur demander d'aller partout où leur présence est nécessaire.

M. Benoît Simian. En effet, il ne s'agit pas de coercition mais de régulation, au moyen – c'est l'objet de l'amendement AS1364 – d'une expérimentation qui se ferait dans l'esprit du « pacte girondin ». De même, l'amendement AS1366 vise à instaurer un conventionnement sélectif – préconisé par la Cour des comptes – à titre expérimental dans les régions qui se porteront volontaires, toujours dans le même esprit.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. J'émet un avis défavorable à ces amendements. La régulation du négatif n'est pas efficace. Or, en matière d'accès aux soins, nous devons être efficaces.

M. Gilles Lurton. Je ne suis pas non plus favorable à ces amendements, qui correspondent d'ailleurs à une proposition de loi récemment défendue dans l'hémicycle par le groupe socialiste. Je suis convaincu que les médecins que vous déconventionnez parce qu'ils s'installent dans des territoires sur-dotés se constitueront tout de même une clientèle composée de personnes qui préfèrent payer sans remboursement plutôt qu'attendre six mois voire un an pour obtenir un rendez-vous avec le spécialiste qu'ils ont besoin de consulter. Les amendements de ce type se traduiront par l'émergence d'une médecine à deux vitesses que nous refusons quant à nous.

Mme Audrey Dufeu Schubert. En effet, plusieurs amendements font écho à la proposition de loi que M. Garot et le groupe socialiste ont défendue il y a quelques semaines. C'est un sujet très difficile, et l'on comprend la frustration des députés et des élus des territoires sous-denses. Le grand débat national en a fait un sujet d'actualité qui est constamment abordé et l'on pourrait être tenté d'y répondre par des mesures de ce type qui, *in fine*, risqueraient d'être déjà obsolètes lors de leur mise en place puisque la désertification médicale concerne l'ensemble du territoire. Faisons confiance au projet de loi sur la santé, qui comporte de nombreux articles, afin de permettre aux coopérations médicales de se nouer pour répondre à l'urgence.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS797 de Mme Jacqueline Dubois.

Mme Jacqueline Dubois. Les dispositifs incitant les jeunes médecins à s'installer dans les territoires ruraux sont nombreux. La Cour des comptes a jugé que « ces initiatives dispersées ont conduit, depuis le début des années 2010, à une forme de fuite en avant, sans évaluation ni de l'efficacité globale, ni du rapport coût/avantage qui en résulte » et que « ces dispositifs timides et partiels de régulation à l'installation, qui jouent quasi exclusivement sur des incitations financières, ne sont manifestement pas à la hauteur des enjeux ». Tenant compte de cet avis, le présent amendement vise à ce que le Gouvernement remette au Parlement un rapport qui permettrait d'évaluer la lisibilité, la cohérence et l'efficacité de ces aides à l'installation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Le Parlement pourrait parfaitement se saisir de ce rapport sur l'efficacité et la lisibilité des différentes aides à l'installation en zones déficitaires ; avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS1318 de M. Anthony Cellier.

M. Anthony Cellier. Nous ne sommes pas favorables à la coercition mais à des mesures incitatives, à condition qu'elles ne soient pas rédhibitoires. Or il existe une pléthore de mesures proposées aux médecins qui souhaitent s'installer dans des zones où l'offre de soins est insuffisante, au point qu'elles sont rédhibitoires précisément. J'en ai compté plus d'une quinzaine. Je souhaite que l'on s'interroge sur leur efficacité. C'est pourquoi je propose que le Gouvernement fournisse au Parlement un rapport qui démontrerait que toutes ces mesures favorisent effectivement l'installation des médecins en zones à faible densité médicale.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Là encore, les députés pourraient tout à fait se saisir eux-mêmes de ce sujet. Avis défavorable.

M. Anthony Cellier. Permettez-moi de persévérer : il existe plus de quinze mesures dont nous ignorons l'efficacité. C'est au Gouvernement de nous indiquer si elles atteignent leur but ou non, car il serait de bon aloi de s'y intéresser de près.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Mmes Sophie Augros, médecin généraliste, Élisabeth Doineau, sénatrice, et moi-même sommes délégués du plan pour l'accès aux soins lancé par le Premier ministre et la ministre de la santé en octobre 2017. Nous avons effectué un tour des régions de France pour faire le point sur les mesures qui fonctionnent bien et celles qui fonctionnent moins bien et sur les freins à lever, par la voie législative ou réglementaire. La question est donc déjà traitée et nous faisons le point tous les six mois avec Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. De surcroît, j'ai missionné Mme Sophie Augros, l'une des trois déléguées au plan d'accès aux soins, afin qu'elle me remette à la fin du premier semestre 2019 un rapport sur les aides à l'installation. Je me suis donc déjà saisie de la question, et nous rendrons le rapport public lorsqu'il me sera remis.

L'amendement est retiré.

Chapitre III

Fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour davantage d'attractivité

Avant l'article 6

La commission examine les amendements identiques AS11 de Mme Éricka Bareigts et AS506 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Éricka Bareigts. L'amendement AS11 vise à ajouter, après le mot « ville », le secteur médico-social spécifique à l'intitulé du chapitre III. C'est un secteur qui manque d'attractivité puisqu'il concerne les personnes malades en situation de précarité, sans logement ou en situation d'addiction. Cet ajout permettrait de renforcer l'attractivité de ce secteur dans lequel il est très difficile de trouver des médecins, dont la présence y est pourtant obligatoire.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'ajout du secteur médico-social spécifique à l'intitulé du chapitre ne correspondrait pas à la teneur des articles qui y figurent. Je ne peux qu'y être défavorable.

La commission rejette les amendements.

Article 6 : Modernisation des conditions de l'emploi médical hospitalier

La commission est saisie des amendements identiques AS260 de M. Martial Saddier, AS344 de M. Jean-Carles Grelier, AS1172 de M. Pierre Dharréville, AS1223 de M. Adrien Quatennens et AS1448 de M. Bernard Perrut.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS260 vise à supprimer l'article 6 pour les raisons déjà exposées par M. Grelier : si les décisions sont prises par voie d'ordonnances, elles nous échapperont complètement.

M. Jean-Carles Grelier. En effet, le fait de légiférer par ordonnance sur le volet territorial, notamment, du projet de loi de transformation du système de santé – c'est-à-dire sur le rapport entre la ville et l'hôpital, sur les communautés professionnelles territoriales de santé et sur les hôpitaux de proximité – en plein débat national, qui plus est – a de quoi surprendre et décevoir.

M. Pierre Dharréville. Cet article prévoit de modifier par ordonnance les conditions d'emploi des personnels hospitaliers, une question à laquelle nous ne sommes pas les seuls en France à être très sensibles et qui mérite au contraire un débat éclairé et approfondi avec la représentation nationale. Légiférer par ordonnances en la matière témoigne du fait que le Gouvernement n'est pas prêt ; nous lui proposons donc par l'amendement AS1172 de revenir nous voir ultérieurement.

M. Bernard Perrut. Les intitulés du chapitre III et, en particulier, de l'article 6 attestent de l'importance de l'objectif de fluidification des carrières à l'hôpital, qui échapperait à la discussion parlementaire alors que le texte concerne des points importants tels que la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique et les activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales, ainsi que la simplification et l'adaptation des conditions et des motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements. Nous souhaitons débattre de ces sujets sur lesquels persistent de nombreuses interrogations. Si vous légiférez par voie d'ordonnance, madame la ministre, ils échapperont à la représentation parlementaire, d'où notre souhait de supprimer cet article.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je comprends votre position sur l'habilitation du Gouvernement à légiférer par ordonnances, mais elle est nécessaire au vu des délais imposés à ce projet de loi, d'autant qu'elle se traduira par une rénovation du statut permettant de travailler sur les hôpitaux de proximité, qui relèvent du présent projet de loi. La concertation avec tous les professionnels concernés est nécessaire. Les syndicats de praticiens hospitaliers que nous avons auditionnés partagent les grands objectifs de cette habilitation. Avis défavorable aux amendements de suppression.

M. Pierre Dharréville. La concertation est en effet nécessaire, mais encore faudrait-il y associer le Parlement, car c'est à lui que revient en principe la décision.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je rappelle l'engagement que j'ai pris cet après-midi en faveur d'une co-construction avec les

parlementaires. Je l'ai dit pendant la séance des questions au Gouvernement ; nous avons créé un groupe de contact avec les grandes associations d'élus pour suivre la réforme et l'élaboration des ordonnances. Je me suis également engagée devant vous à venir présenter ces ordonnances en commission afin qu'elles soient débattues avant le dépôt du projet de loi. L'idée n'est pas d'exclure la représentation nationale mais de prendre le temps de la concertation avec les acteurs concernés, c'est-à-dire les praticiens hospitaliers.

M. Alain Bruneel. Nous ne mettons pas en cause le fait que vous nous présenterez les ordonnances, mais nous voulons pouvoir travailler à leur contenu – car nous ne serons pas forcément d'accord avec la présentation que vous nous ferez. Je rappelle que les cinq statuts existants seront remplacés par deux statuts nouveaux, l'un pour les professionnels titulaires et l'autre pour les contractuels. De quoi s'agira-t-il vraiment ? Le milieu hospitalier étant concerné, il me semble que le personnel a son mot à dire sur le sujet, de même que les syndicats qui le représentent. Vous ne pouvez tout de même pas changer le statut du jour au lendemain sans concertation, simplement parce que vous l'avez décidé ! Nous ne voulons pas d'une ordonnance mais de la possibilité de débattre de cette question ici, à l'Assemblée nationale.

M. Gilles Lurton. J'entends bien le choix que vous faites, madame la ministre, de faire travailler les parlementaires sur les ordonnances une fois qu'elles auront fait l'objet d'une concertation et que leur rédaction sera bien avancée, de sorte qu'il ne nous restera pas grand-chose à dire. Il me semble cependant qu'en règle générale la concertation a lieu avant l'examen d'un projet de loi et que le Gouvernement présente un texte bouclé aux parlementaires. Cela n'aurait pas pris plus de temps que celui que vous vous apprêtez à consacrer à la concertation sur les ordonnances !

La commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS1257 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 2, qui habilite le Gouvernement à prendre par ordonnances les mesures relatives à la diversification des carrières. Nous sommes ici pour faire la loi ensemble. Bon nombre d'entre nous ont déjà tenu des auditions et recueilli des informations. Il est tout à fait regrettable d'attendre un résultat au sujet duquel nous ne pourrions rien décider.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cet amendement vise à supprimer la partie de l'habilitation qui concerne la diversification des carrières. Sur ce point, nous avons une divergence de fond : je crois en effet que la diversification des carrières n'est pas synonyme de carrières instables mais plutôt de carrières intéressantes, à l'heure où nous encourageons notamment la collaboration entre la ville et l'hôpital. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS95 de Mme Éricka Bareigts.

Elle examine l'amendement AS1333 de Mme Fadila Khattabi.

Mme Fadila Khattabi. Cet amendement vise à introduire la notion d'encadrement des écarts de salaire afin de renforcer le soutien à l'attractivité de l'exercice médical hospitalier, qui est prioritaire. Certaines spécialités connaissent une véritable crise de la

démographie médicale. Cette mesure contribuerait à revaloriser l'image des carrières hospitalières.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Votre amendement manque de précision : il ne précise pas de quel type d'encadrement il s'agit, entre départements, spécialités médicales et statuts. En l'état, je ne peux pas y être favorable.

Mme Fadila Khattabi. Je prends note de vos remarques et retravaillerais l'amendement en vue de l'examen en séance publique.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS1171 de M. Pierre Dharréville.

M. Jean-Philippe Nilor. Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 3, qui prévoit de « simplifier et adopter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital ». De telles dispositions font craindre une fragilisation du statut de la fonction publique hospitalière en multipliant les recrutements à des conditions dérogatoires, facilitant du même coup l'irruption du loup dans la bergerie. C'est pourquoi nous y sommes résolument opposés.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous souhaitez supprimer la partie de l'habilitation relative à la simplification du recrutement par contrat. Or il ne s'agit pas de le généraliser mais précisément de le rendre moins complexe. Il existe actuellement de nombreux types de contrats pour les praticiens hospitaliers : praticien contractuel, praticien attaché, praticien attaché associé, clinicien hospitalier, praticien adjoint contractuel, assistant des hôpitaux et ainsi de suite. La multitude de ces statuts rend la situation très complexe et peu habile. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 6 sans modification.

Après l'article 6

La commission examine l'amendement AS1382 de Mme Albane Gaillot.

M. Olivier Véran. Un professeur d'université praticien hospitalier (PU-PH) peut, à l'âge de la retraite, demander une prolongation de sa carrière médicale : c'est la période dite de consultanat. Cet amendement vise à ce qu'il soit demandé aux médecins en consultanat d'exercer une partie de cette activité – à raison d'une demi-journée ou d'une journée par semaine, par exemple – dans un hôpital non universitaire. En effet, il s'agit de médecins capés à forte renommée qui ont à cœur de transmettre. L'idée est de leur permettre, par exemple dans le cadre d'un groupement hospitalier de territoire, d'exercer une partie de leur activité clinique dans des hôpitaux « périphériques » et non pas seulement dans les hôpitaux universitaires. On peut en effet imaginer qu'ils s'y rendront avec des étudiants et des internes, ce qui permettra de renforcer l'attractivité des établissements concernés, d'y faire revenir un certain nombre de patients et de les faire connaître à de jeunes médecins qui choisiront peut-être d'y retourner plus tard dans leur carrière.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis convaincue par cet amendement auquel je suis très favorable, car il permettra notamment d'attirer des étudiants qui, à terme, pourront s'installer dans les territoires concernés.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Les PU-PH ont d'ores et déjà la possibilité d'exercer dans des établissements hospitaliers dans le cadre d'une convention de mise à disposition signée entre les CHU et les centres hospitaliers généraux ou locaux. Je suis très favorable au principe selon lequel une partie de cette activité s'exerce systématiquement dans les territoires sous-dotés ou dans un établissement de santé non universitaire, parce qu'il participe du processus de décloisonnement ; M. Véran a d'ailleurs parfaitement résumé l'intérêt de cette mesure.

À la relecture de l'amendement, cependant, je constate qu'il ne saurait s'appliquer à de nombreux PU-PH qui font du consultanat mais n'ont pas vocation à exercer dans des hôpitaux périphériques, notamment dans le domaine de la biologie – bactériologie et parasitologie par exemple – car ils ne trouveront pas à y exercer dans leur discipline. Je vous propose donc de retirer l'amendement et que nous nous penchions sur sa rédaction pour aboutir à une version susceptible d'être adoptée en séance. Certains PU-PH sont certes des cliniciens, mais beaucoup d'autres ont des spécialités de pointe qui ne leur donneront pas l'occasion d'exercer dans des hôpitaux périphériques, faute de plateau technique par exemple.

M. Olivier Véran. Je fais toujours confiance à la ministre et je suis persuadé que nous trouverons une rédaction qui permettra d'adopter cet amendement en séance publique la semaine prochaine. Je comprends les difficultés que peuvent présenter certaines spécialités. Puisque nous sommes d'accord sur le principe et qu'il ne s'agit que d'ajouter une clause pour rassurer tout le monde et rendre la disposition applicable en pratique, je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS575 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS714 de M. Philippe Vigier, AS871 de M. Jean-Pierre Door et AS968 de M. Joël Aviragnet.

M. Jean-Pierre Door. Il s'agit de permettre l'accueil des assistants spécialistes aussi bien dans les établissements de santé publics que dans les établissements privés.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements visent à autoriser les assistants spécialistes à exercer dans des établissements de santé publics ou privés, à temps partiel ou à temps plein. Pour mémoire, le statut des assistants des hôpitaux a pour but de recruter des praticiens récemment diplômés. Le recrutement en qualité d'assistants de praticiens qui viennent d'achever leur cursus doit permettre aux intéressés de faire l'expérience de l'exercice hospitalier et de parfaire leur pratique professionnelle avant de choisir leur mode d'exercice futur. La durée des fonctions exercées sous ce statut est limitée à six ans.

Ces amendements présentent par ailleurs plusieurs problèmes. Les professionnels visés ne correspondent pas aux assistants des hôpitaux dont le statut est défini par décret. Vous visez davantage les praticiens contractuels. Comme pour les autres praticiens hospitaliers, la diversification de leurs carrières sera évoquée dans le cadre de cette réforme. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Elle en vient aux amendements identiques AS209 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS978 de M. Joël Aviragnet et AS1052 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Mon amendement vise à introduire la notion de non-concurrence entre établissements pour les praticiens hospitaliers.

M. Joël Aviragnet. De même, l'amendement AS978 vise à interdire la concurrence liée à l'exercice mixte de praticiens hospitaliers, qui a pour conséquence d'alourdir le budget de la sécurité sociale et d'augmenter les dépassements d'honoraires.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS1052 vise lui aussi à donner toute son effectivité à la clause de non-concurrence dans le cadre de mouvements de praticiens en modifiant l'article afin d'étendre le dispositif et d'introduire la notion de non-concurrence inter-établissements pour les praticiens hospitaliers.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements entrent en contradiction avec l'un des objectifs de la réforme qui consiste à favoriser l'exercice simultanément libéral et en établissement. Je ne peux donc qu'y être défavorable.

La commission rejette les amendements.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS1173 de M. Pierre Dharréville.

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS1111 de M. Philippe Vigier.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement vise à modifier le statut des praticiens hospitaliers pour permettre à l'exercice mixte ville-hôpital d'entrer dans le droit commun, car le déploiement généralisé de cet exercice mixte dans les deux prochaines années est un levier essentiel de réduction de la fracture médicale.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. La durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens. Vous souhaitez porter ce plafond de 20 % à 30 %. Nous souhaitons davantage favoriser par cet article l'exercice en maison de santé et en centre de santé et les consultations avancées en zones sous-denses. Cela répondra bien mieux aux attentes de nos concitoyens, notamment dans les zones sous-denses. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS775 de M. Jean-Pierre Cubertafo.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement vise à créer un dispositif dérogatoire afin de conserver dans les établissements publics de santé des praticiens ayant un haut niveau de compétences et d'expertise scientifique au-delà de la limite d'âge fixée par la loi.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je comprends votre souhait d'instaurer une dérogation à la limite d'âge de 72 ans pour les praticiens hospitaliers, mais cette limite d'âge a déjà été relevée dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Voulez-vous dire que l'amendement est satisfait ? Si c'est le cas, je le retire ; sinon, je le maintiens.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Non, il n'est pas satisfait : la limite d'âge est fixée à 72 ans et il n'est pas nécessaire selon moi d'aller plus loin.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je maintiens l'amendement : en fonction de leur âge physiologique, certains praticiens compétents peuvent souhaiter poursuivre leur activité et je ne vois aucune raison de les astreindre à arrêter.

La commission rejette l'amendement.

Elle aborde ensuite l'amendement AS543 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Les masseurs-kinésithérapeutes sont trop peu nombreux à l'hôpital. Or, la rééducation est importante et leur absence nuit au suivi des patients, entraîne des complications et allonge la durée des suites. Cet amendement vise à faciliter le recrutement de masseurs-kinésithérapeutes qui, faute d'un salaire attractif, se détournent de l'exercice hospitalier pour s'installer dans le secteur libéral. En leur autorisant un exercice mixte, ils pourraient cumuler un revenu hospitalier et un revenu libéral, ce qui bénéficierait à l'hôpital qui attirerait davantage de masseurs-kinésithérapeutes, mais aussi au secteur libéral, et qui se traduirait par une hausse des revenus des kinés. Je ne vois donc pas quel argument pourrait s'opposer à l'adoption de cet amendement. J'ajoute que cette mesure serait appliquée à titre expérimental.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis plutôt convaincue : avis de sagesse en attendant l'avis de Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je souhaite le retrait de l'amendement et, à défaut, son rejet. Nous partageons votre souhait de rendre le métier de masseur-kinésithérapeute à l'hôpital plus attractif, mais plusieurs dispositions ont déjà été prises. La possibilité d'un exercice mixte devrait pouvoir être proposée à ces praticiens, comme aux médecins ; la question est en cours de discussion dans le cadre du projet de loi sur la fonction publique. Ce n'est pas en créant une activité libérale pour les personnels masseurs-kinésithérapeutes fonctionnaires à l'hôpital que nous atteindrons cet objectif.

Nous soutenons plutôt le développement d'un exercice hospitalier à temps non complet qui autoriserait à côté une activité en ville, et non une activité libérale à l'hôpital au sens où elle existe pour les praticiens hospitaliers.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Non, je propose qu'à un exercice à temps plein – à raison de trente-cinq heures – à l'hôpital puisse s'ajouter à titre expérimental une activité libérale à l'extérieur. Cela permettrait d'attirer des kinés à l'hôpital où ils sont trop nombreux tout en leur permettant de toucher un complément de salaire grâce à une activité libérale, ce qui conviendrait à tout le monde.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS799 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement vise à expérimenter l'élargissement aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de la réforme prévue à l'article 6 afin de

favoriser l'attractivité des carrières et la fluidité ville-hôpital, pour renforcer ce type d'activités et encourager le décloisonnement.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable : parmi les établissements médico-sociaux, seuls les EHPAD publics ont recours à des praticiens hospitaliers, et il n'est pas nécessaire d'étendre cette disposition.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle étudie l'amendement AS1027 de M. Francis Vercamer.

M. Paul Christophe. Cet amendement d'appel vise, au moyen d'une demande de rapport, à ce que le Gouvernement intègre dans le champ de l'ordonnance le bénéfice de l'exercice partagé avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux afin de favoriser le décloisonnement du secteur de la santé et du médico-social dans son ensemble. Il s'agit pour ce faire d'étendre le champ d'application de l'article 6 relatif aux conditions d'exercice des praticiens hospitaliers afin de faciliter la diversification des activités entre le secteur hospitalier public et les structures de santé ou médico-sociales.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable pour les mêmes raisons qu'à l'amendement précédent : il ne me semble pas utile d'étendre cette disposition au-delà des EHPAD publics.

La commission rejette l'amendement.

La séance est levée à une heure dix.

Présences en réunion

Réunion du mardi 12 mars 2019 à 21 heures 30

Présents. – M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Bagarry, Mme Ericka Bareigts, M. Belkhir Belhaddad, Mme Justine Benin, Mme Gisèle Biémouret, M. Julien Borowczyk, Mme Brigitte Bourguignon, Mme Marine Brenier, M. Alain Bruneel, M. Paul Christophe, Mme Josiane Corneloup, M. Dominique Da Silva, M. Marc Delatte, M. Pierre Dharréville, M. Jean-Pierre Door, Mme Jeanine Dubié, Mme Audrey Dufeu Schubert, Mme Nathalie Elimas, Mme Catherine Fabre, Mme Caroline Fiat, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Mme Albane Gaillot, M. Jean-Carles Grelier, M. Brahim Hammouche, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Fadila Khattabi, M. Mustapha Laabid, Mme Charlotte Lecocq, Mme Monique Limon, M. Gilles Lurton, M. Sylvain Maillard, M. Thomas Mesnier, M. Bernard Perrut, M. Laurent Pietraszewski, Mme Claire Pitollat, M. Alain Ramadier, Mme Nadia Ramassamy, Mme Stéphanie Rist, Mme Mireille Robert, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, M. Jean-Louis Touraine, Mme Isabelle Valentin, Mme Michèle de Vaucouleurs, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer, Mme Annie Vidal, Mme Corinne Vignon

Excusés. - Mme Blandine Brocard, Mme Christine Cloarec, Mme Carole Grandjean, Mme Claire Guion-Firmin, Mme Caroline Janvier, Mme Fiona Lazaar, M. Adrien Quatennens, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Nicole Sanquer, M. Boris Vallaud

Assistaient également à la réunion. - Mme Géraldine Bannier, M. Thibault Bazin, M. Anthony Cellier, Mme Annie Chapelier, M. Paul-André Colombani, M. Yves Daniel, Mme Jacqueline Dubois, Mme Véronique Louwagie, M. Jean-Philippe Nilor, M. Matthieu Orphelin, M. Vincent Rolland, Mme Nathalie Sarles, M. Benoît Simian