

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XV^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

Séances du jeudi 18 janvier 2018

Compte rendu intégral



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



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

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1 ^{re} séance	151
2 ^e séance	187
3 ^e séance	229

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

115^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du jeudi 18 janvier 2018

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

1. Lutte contre la désertification médicale (p. 153)

PRÉSENTATION (p. 153)

M. Guillaume Garot, rapporteur de la commission des affaires sociales

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

DISCUSSION GÉNÉRALE (p. 157)

M. Stéphane Le Foll

M. Adrien Quatennens

M. Pierre Dharréville

M. Olivier Véran

M. Jean-Carles Grelier

M. Brahim Hammouche

M. Philippe Vigier

M. Jean-Louis Bricout

Mme Martine Wonner

M. Gilles Lurton

Mme Emmanuelle Ménard

Mme Mireille Robert

M. Thomas Mesnier

M. Guillaume Garot, rapporteur

Mme Agnès Buzyn, ministre

Rappel au règlement (p. 173)

Mme Delphine Batho

MOTION DE RENVOI EN COMMISSION (p. 173)

M. Marc Delatte

M. Guillaume Garot, rapporteur

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales

Mme Gisèle Biémouret

M. Alexis Corbière

M. Jean-Paul Lecoq

Mme Stéphanie Rist

M. Stéphane Viry

M. Cyrille Isaac-Sibille

M. Yannick Favennec Becot

2. Entreprise nouvelle et nouvelles gouvernances (p. 178)

M. Dominique Potier, rapporteur de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République

M. Bruno Le Maire, ministre de l'économie et des finances

DISCUSSION GÉNÉRALE (p. 181)

M. Boris Vallaud

M. Erwan Balanant

M. Alain Bruneel

3. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 185)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

LUTTE CONTRE LA DÉSERTEMENT MÉDICALE

Discussion d'une proposition de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de loi de M. Olivier Faure, Guillaume Garot et plusieurs de leurs collègues visant à lutter contre la désertification médicale (n^{os} 477, 543).

PRÉSENTATION

M. le président. La parole est à M. Guillaume Garot, rapporteur de la commission des affaires sociales.

M. Guillaume Garot, rapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre des solidarités et de la santé, madame la présidente de la commission des affaires sociales, chers collègues, des millions de Français peinent aujourd'hui à trouver un médecin généraliste ou spécialiste près de chez eux. C'est la réalité de départements entiers, et c'est une très vive préoccupation pour nos concitoyens, inquiets et parfois en détresse. La réalité de la désertification médicale, ce sont aussi des médecins en souffrance, en particulier en période d'épidémie, car la charge de travail devient parfois inhumaine. Ce sont enfin des élus désemparés, car il y va aussi de l'attractivité de leur territoire.

Notre responsabilité, madame la ministre, est d'abord de prendre la mesure de cette inquiétude et de cette inégalité terrible entre les Français face à la maladie et face aux soins.

Regardons les choses de près. Entre 2007 et 2017, le nombre de médecins en France est resté globalement stable, autour de 216 000. Cependant, durant la même période, le nombre de généralistes a baissé, passant de 97 000 à 88 000 – et le plus dur est à venir, puisque près d'un médecin sur deux a déjà plus de 60 ans.

Surtout, les inégalités entre les territoires sont criantes. Certains départements sont bien et même très bien pourvus en présence médicale, vous le savez aussi bien que moi : Paris, les Hautes-Alpes, les Hautes-Pyrénées, la Savoie, les Alpes-Maritimes ou encore l'Hérault, pour citer les mieux dotés. À l'inverse, d'autres sont très mal lotis : la Seine-et-

Marne, l'Eure, l'Eure-et-Loir, l'Aisne, le Cher. L'écart va de 1 à 2,4 pour les généralistes, de 1 à 11,5 pour les ophtalmologistes, de 1 à 19 pour les dermatologues. Qui plus est, depuis 2013, les inégalités s'aggravent : certains territoires concentrent de plus en plus de médecins – la Savoie, le Morbihan, la Haute-Corse, les Hautes-Alpes –, tandis que d'autres, à l'inverse, en ont de moins en moins : l'Yonne, l'Essonne, le Cher, le Loir-et-Cher, la Mayenne. Autrement dit, le problème tient autant au nombre de médecins qu'à leur répartition sur le territoire.

Nous arrivons là au cœur du sujet et de la présente proposition de loi. Depuis dix ans, tout ou presque a été tenté du point de vue des politiques d'incitation à l'installation. Les élus locaux et les médecins ont pris le problème à bras-le-corps et mis en place des maisons de santé pluridisciplinaires. Ils ont organisé les conditions d'accueil des stagiaires dans les cabinets et même le logement des étudiants. L'État et l'assurance maladie ont alloué des aides conséquentes pour faciliter l'installation dans les zones sous-denses.

Tout cela a-t-il produit les résultats attendus ? Non. Dans mon département, on estime que 10 000 Mayennais n'ont plus accès à un médecin traitant. Que faire dans cette situation ?

Mon groupe considère que, face à la désertification, nous n'avons pas tout essayé. En particulier, nous n'avons pas essayé la régulation : c'est l'objet de l'article 1^{er} de la proposition de loi, qui vise à créer le conventionnement territorial. Cette idée n'est pas neuve : elle avait été avancée en 2016 par plusieurs députés à l'occasion des discussions sur le budget de la Sécurité sociale, aujourd'hui membres de différents groupes. Certains d'entre eux sont même, depuis lors, devenus d'éminents responsables gouvernementaux ou parlementaires. Elle avait également été défendue par notre collègue Philippe Vigier, et a récemment été avancée de nouveau par la Cour des comptes et le Conseil économique, social et environnemental.

Quel est le principe du conventionnement sélectif ? Dans certains territoires bien pourvus en offre de soins, où les besoins sont déjà satisfaits, l'assurance maladie ne conventionnerait plus avec un médecin libéral. Bien sûr, libre à lui de s'installer partout ailleurs, où il le souhaite. Il ne s'agit donc pas d'en finir avec la liberté d'installation,...

M. Sylvain Maillard. Eh bien, si !

M. Guillaume Garot, rapporteur. ...il s'agit juste de l'encadrer, de la réguler. *(Applaudissements sur les bancs du groupe NG.)*

M. Philippe Vigier. Très bien !

M. Yannick Favennec Becot. Il a raison !

M. Guillaume Garot, rapporteur. En quoi est-ce choquant ? Cette régulation existe bien pour d'autres professions de santé : les pharmaciens, les infirmiers ou encore les kinésithérapeutes.

M. Yannick Favennec Becot. Eh oui ! Cela fonctionnera très bien !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Face à l'idée de régulation, on nous oppose différents arguments auxquels je voudrais apporter réponse. On nous dit d'abord que la régulation ne fonctionnerait que pour ce qu'on appelle les professions démographiquement dynamiques. Mais pourquoi ne fonctionnerait-elle qu'en cas de surnombre ? C'est précisément dans les situations critiques que la régulation s'impose.

On nous dit ensuite qu'il n'existe pas de zones sur-denses. Ah bon ?

M. Yannick Favennec Becot. Première nouvelle !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Pourtant, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé – la DREES –, que nous avons auditionnée, a été parfaitement capable de définir une zone sur-dense par rapport à une moyenne nationale. Selon cet organisme, 4 millions de Français vivent en zones sur-denses, dans 752 communes.

On nous dit aussi que la régulation va décourager l'installation en médecine générale. Mais à l'heure actuelle, qui est découragé ?

M. Yannick Favennec Becot. Les patients, qui doivent attendre ! Ils en ont marre !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Ce sont les médecins installés en zones sous-denses qui ont une charge de travail extrêmement lourde, n'en peuvent plus et se demandent ce qu'ils vont devenir si l'on ne fait rien.

Le découragement est aussi celui des Français.

M. Yannick Favennec Becot. Exactement !

M. Guillaume Garot, rapporteur. La Cour des comptes a chiffré jusqu'à 3 milliards d'euros le coût pour les finances publiques de ces inégalités entre les territoires et les citoyens.

On nous dit enfin qu'il faut maintenir la confiance avec les médecins et ne surtout pas agiter le chiffon rouge de la coercition. Mais nous ne parlons ici que de régulation – principe qui, loin de se confondre avec la coercition, représente au contraire l'outil manquant pour rendre plus efficaces toutes les mesures incitatives que vous avez, madame la ministre, avancées par ailleurs. C'est la régulation qui conditionne l'efficacité de l'incitation.

Ce qui est en jeu, finalement, c'est le contrat entre la nation et ses médecins. Disons les choses clairement : la nation finance les études des jeunes médecins et garantit les revenus des praticiens à travers nos cotisations à l'assurance maladie.

Mme Cécile Untermaier. Eh oui !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Qu'y a-t-il de scandaleux à dire aujourd'hui à nos médecins : « La nation compte sur vous »,...

M. Yannick Favennec Becot. Il a raison !

M. Guillaume Garot, rapporteur. ...« vous êtes suffisamment nombreux dans des territoires déjà bien dotés, ce n'est pas là qu'on a besoin de vous ; c'est ailleurs, dans les territoires sous-dotés, que vos patients vous attendent. » ?

M. Yannick Favennec Becot. Absolument !

M. Guillaume Garot, rapporteur. C'est fondamentalement cela que nous disons à travers cette proposition de loi : nous voulons une répartition harmonieuse des médecins sur

l'ensemble du territoire national, pour garantir l'accès de tous à la santé. (*Applaudissements sur les bancs des groupes NG et UAI.*)

M. Sylvain Maillard. C'est démagogique ! On déshabille Pierre pour habiller Paul !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Nous voulons réussir cette régulation avec les médecins, au-delà de leurs actuelles préventions.

Les articles 2 et 3 du texte visent enfin à instaurer le tiers payant intégral dans les maisons et les centres de santé.

Le Gouvernement a annoncé le report de la généralisation du tiers payant. Notre objectif est de garantir le bon fonctionnement du tiers payant en priorité dans les maisons et les centres de santé.

Si les médecins souhaitent exercer dans les structures collectives, donnons-leur la garantie que le tiers payant intégral y sera techniquement valide. En effet, pour les médecins – et nous les soutenons, cela va sans dire –, il est important que le temps de travail soit d'abord du temps médical et non du temps administratif. C'est donc à l'État et aux organismes d'assurance complémentaire qu'il revient de valider ensemble un procédé technique qui garantira le bon fonctionnement du tiers payant intégral.

Pendant la discussion en commission et en amont, au cours des auditions, beaucoup de propositions ont été émises ; des amendements ont été proposés, et je remercie leurs auteurs. La formation, les stages, le *numerus clausus*, le soutien aux sites multiples d'activité médicale, ou encore la protection sociale des médecins : tous ces sujets ont été évoqués. Il faut les mettre sur la table et leur donner une cohérence, dans le cadre du nouveau contrat national avec les médecins que j'appelais de mes vœux à l'instant.

Madame la ministre, face à la désertification médicale, nous devons être au rendez-vous de l'attente des Français et au rendez-vous de nos responsabilités. Reconnaissons ensemble que, depuis quinze ans, droite et gauche, nous n'avons pas obtenu les résultats attendus.

M. Yannick Favennec Becot. C'est vrai !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Reconnaissons, madame la ministre, que ce n'est pas en se contentant de poursuivre ces politiques, comme vous le faites, que nous y parviendrons.

M. Yannick Favennec Becot. Malheureusement non !

M. Sylvain Maillard. On n'est pas d'accord là-dessus !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Mes chers collègues, soyons audacieux, soyons dans l'innovation, sortons des vieilles recettes de l'ancien monde (*Applaudissements sur les bancs des groupes NG et UAI.*), soyons courageux pour garantir l'accès de tous à la santé, ce droit fondamental qui est un des piliers du pacte social dans notre République.

M. Philippe Vigier. Absolument !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Soyons à la hauteur et votons ce texte d'intérêt général. (*Applaudissements sur les bancs des groupes NG et UAI.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le président, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, mesdames

et messieurs les députés, je vous remercie d'aborder ce sujet ô combien majeur pour notre système de santé : celui de l'égal accès aux soins.

Notre pays, vous le dites très justement, reste marqué par de fortes inégalités de santé, tant sociales que territoriales. Tous les territoires, en effet, ne bénéficient pas du même niveau de couverture de leurs besoins. Le nombre moyen de consultations par habitant et par an sur un territoire donné varie de 1 à 3 entre les 10 % des Français les plus favorisés et les 10 % des Français les moins favorisés. Ce rapport atteint 1 à 8 pour les ophtalmologistes, 1 à 14 pour les pédiatres et 1 à 19 pour les psychiatres.

La répartition inégale des professionnels de santé explique en partie cette disparité. La solution pour y remédier ne peut pas venir d'une mesure unique et fortement démagogique comme le conventionnement territorial... (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes REM et MODEM.*)

M. Sylvain Maillard. Exactement !

M. Jean-Paul Lecoq. Oh !

M. Yannick Favennec Becot. Vous faites erreur, madame !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il faut plutôt un ensemble d'outils innovants, souples et adaptables au niveau local, qui tiennent compte, comme vous le rappelez, de l'exigence en matière de qualité des soins, mais aussi de prévention. Plutôt que de parler de mesures incitatives ponctuelles qui doivent rendre plus attractives les zones sous-médicalisées, je préfère aborder avec vous les mesures structurelles qui portent sur l'organisation générale de l'offre de soins.

Tout d'abord, je dois vous dire qu'en dépit de sa prégnance dans le débat public, l'expression « désert médical » me semble en fait inappropriée. Certes, il existe dans notre pays de réels et très importants problèmes d'accès aux soins, mais il faut se poser les bonnes questions. Qu'est-ce qu'un bon accès aux soins ? Cela se limite-t-il à la simple présence d'un médecin généraliste, par exemple ?

Permettez-moi de prendre un exemple que je connais bien : le diabète. Le suivi de cette pathologie ne nécessite pas seulement un médecin généraliste, il faut aussi une équipe de soins pour faire l'éducation thérapeutique du patient, une infirmière au domicile de ce dernier, un cardiologue, un orthoptiste en lien avec un ophtalmologiste, un podologue,...

M. Yannick Favennec Becot. Quand il y en a !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ...et ainsi de suite.

S'agissant de la répartition des médecins dans leur ensemble, sur le territoire, le niveau d'inégalités est semblable à celui de 1983. Quant au nombre de communes comptant un médecin généraliste libéral, il est aujourd'hui plus élevé que dans les années 1980.

M. Jean-Paul Lecoq. Ce n'est pas vrai !

Mme Agnès Buzyn, ministre. De la même façon, la DREES a précisé, dans un rapport concernant l'inégalité d'accès aux soins, que la répartition des médecins est aussi homogène que celle des pharmaciens.

M. Jean-Paul Lecoq. C'est faux !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Or ces derniers constituent une référence, puisque leur installation est régulée.

C'est tout le paradoxe : en fait, plus de huit Français sur dix résident dans une commune où exerce un médecin généraliste, et quasiment tous ont accès à un médecin généraliste en

moins de vingt minutes. En réalité, nos problèmes d'accès aux soins sont avant tout le fait de territoires où une offre de soins est présente, mais insuffisante pour répondre à la demande, ce qui rend de plus en plus complexe la prise en charge des pathologies chroniques, qui nécessitent une prise en charge pluri-professionnelle. Cela entraîne également des difficultés pour obtenir un rendez-vous. Les professionnels de santé souffrent, eux, d'une charge de travail excessive en raison de cette mauvaise organisation territoriale.

Aussi nous faut-il, pour aborder ce problème très compliqué, entreprendre ce que vous appelez très justement une « évolution des mentalités ». Je pense tout d'abord aux aspirations des jeunes médecins et à leur répartition sur le territoire. L'exercice en groupe est très prisé des jeunes générations de professionnels de santé : parmi les médecins généralistes de moins de 40 ans, deux sur trois exercent sous cette forme – contre moins de la moitié parmi leurs confrères de plus de 60 ans. Cet effet générationnel est encore plus marqué chez les spécialistes.

Je pense également aux mesures structurelles qui doivent mieux organiser la permanence des soins et développer les maisons, les centres et les pôles de santé.

M. Yannick Favennec Becot. On est d'accord !

Mme Agnès Buzyn, ministre. En vue d'un accès aux soins plus juste, ces structures sont nécessaires, mais non suffisantes. Elles peuvent aider à maintenir la présence des médecins dans les zones en voie de fragilisation, mais ne peuvent pas répondre aux besoins des zones déjà désertées. Or à mes yeux, pour lutter contre la désertification médicale, il faut avant tout rendre les territoires attractifs.

M. Yannick Favennec Becot. Certes, mais comment ?

M. Jean-Paul Lecoq. Comment comptez-vous faire pour qu'il y ait davantage de soleil en Normandie ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Pour ce faire, il faut permettre à chacun d'eux d'avoir leur propre organisation des soins, en lien avec l'ensemble des acteurs. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes REM et MODEM. – Murmures sur les bancs du groupe NG.*)

Mme Cécile Untermaier. On ne vit pas dans le même monde !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je pense aussi aux réformes menées ces dernières années et qui vont dans le bon sens. La loi du 2 janvier 2016 a ouvert la possibilité de certaines formes de délégation, pour un meilleur partage de l'activité médicale entre praticiens et professions paramédicales. Nous devons accélérer ces transferts de compétences, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques,...

M. Philippe Vigier. Sur ce point nous sommes d'accord !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ...afin de mieux réguler les files d'attente, de faire face à la diminution annoncée de la démographie médicale jusqu'en 2025, d'optimiser le système de soins, et de mieux reconnaître – ce qui est légitime – les professions paramédicales.

Qui plus est, de nombreuses aides existent déjà pour favoriser le maintien, l'installation et l'exercice professionnel des médecins libéraux. À cet égard, il nous faudra remédier à l'empilement de ces dispositifs, qui se traduit par une absence totale de lisibilité et rend leur évaluation impossible, comme l'indique la Cour des comptes.

Tous ces éléments me font penser que le conventionnement sélectif que vous proposez ne saurait être la solution.

Tout d'abord, parce que – vous l'avez dit – tout projet de santé doit s'adapter aux besoins des territoires. Or chaque territoire est différent, qu'il soit situé en ville, en périphérie d'une ville, à la campagne, sur une île ou en montagne.

Surtout, ce dispositif a été mis en place, comme vous le savez, il y a vingt-cinq ans de cela, en Allemagne. On a pu constater, à cette occasion, que le conventionnement sélectif a permis de dissuader l'installation dans les zones sur-dotées, mais n'a absolument pas garanti l'installation de médecins dans les zones sous-dotées.

M. Sylvain Maillard. Exactement !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Permettez-moi, à cet égard, de citer le rapport d'information n° 686 déposé le 26 juillet 2017 au nom de la commission des affaires sociales du Sénat : « les interlocuteurs allemands ont fait le constat que ce dispositif – c'est-à-dire le conventionnement sélectif – « ne parvient pas à résoudre, d'une part, le manque de spécialistes et de généralistes dans les Länder de l'Est dont la population a baissé, et, d'autre part, l'excédent d'offre dans les Länder plus dynamiques de l'Ouest. [...] On constate, en fait, une fuite des médecins vers d'autres formes d'exercice » – notamment salariées – « ou une implantation à la frontière des zones sur-denses. » C'est pourquoi il faut, pour prendre à bras-le-corps cet enjeu qui nous tient à cœur, adopter une vision stratégique d'ensemble plutôt que des mesures coercitives.

Comme vous le savez, la stratégie nationale de santé a été adoptée par décret le mois dernier. L'une de ses priorités est la lutte contre les inégalités en matière de santé, pour permettre à chacun de nos concitoyens de bénéficier du bon acte, par le bon praticien, au bon endroit, dans la bonne structure, et au bon moment.

À cet effet, le plan pour l'accès aux soins présenté en octobre dernier s'appuie sur les dynamiques qui partent des territoires, en favorisant les synergies entre professionnels, élus et usagers. C'est à cette condition, et à cette condition seulement, que les acteurs locaux pourront construire ensemble un projet de soins mieux adapté à la réalité quotidienne des Français dans tous les territoires.

Ce plan s'articule autour de quatre priorités : renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients, grâce à une présence médicale et soignante accrue ; mettre en œuvre la « révolution numérique en santé » pour abolir les distances en développant la télémédecine ; ...

M. Yannick Favennec Becot. Pour cela, il faut le très haut débit !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ...mieux organiser les professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue ; enfin et surtout, faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale désormais à la main des médecins.

J'en viens maintenant à la deuxième partie de votre proposition de loi, qui concerne le tiers payant. Tout d'abord, il est déjà obligatoire dans le cadre de la couverture maladie universelle complémentaire – la CMU-C – au sein des structures telles que les maisons de santé ou les centres de santé. C'est également le cas auprès de tous les médecins. Par ailleurs, sa pratique s'est fortement développée depuis 2015 pour les patients en situation de précarité, notamment les bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé, l'ACS : pour ces patients, la proportion de tiers payant a atteint 99,1 % en 2017. C'est également vrai pour les patients atteints d'une affection de longue durée,

ou couverts au titre de l'assurance maternité, pour lesquels le tiers payant représente aujourd'hui respectivement 98,6 % et 90,4 % des soins.

Toutefois, la mise en place du tiers payant généralisé a soulevé des difficultés pratiques pour les professionnels de santé, dont nous devons prendre toute la mesure. J'ai confié une mission à ce sujet à l'inspection générale des affaires sociales ; les conclusions du rapport qui m'a été remis font apparaître que « le maintien dans la loi de l'obligation du tiers payant pour tous les patients au 30 novembre 2017 est désormais irréaliste ».

Il convenait dès lors de changer de méthode en facilitant d'abord cette pratique de facturation, tant sur la part obligatoire que complémentaire. Le tiers payant intégral généralisable est l'objectif cible, car il permettra de lever tous les freins financiers à l'accès aux soins. Ainsi, tout en maintenant l'objectif fixé par la loi du 26 janvier 2016, j'ai demandé à l'IGAS de me proposer, d'ici au mois de mars 2018, un rapport visant à définir un calendrier précis de mise en œuvre opérationnelle et technique du tiers payant intégral, et à identifier les publics pour lesquels un accès effectif au tiers payant devra être garanti – au-delà des patients déjà prioritaires, qui sont déjà couverts par le tiers payant obligatoire.

Je rappelle que ces patients prioritaires sont les bénéficiaires de la CMU, de l'ACS, les personnes atteintes d'une affection de longue durée et les personnes prises en charge au titre du régime des accidents du travail et maladies professionnelles ou de l'assurance maternité. Le tiers payant sera donc généralisable pour tous les patients, c'est-à-dire mis en œuvre progressivement tant sur la part obligatoire que sur la part complémentaire, grâce à des outils simples et fiables pour les professionnels de santé.

Mesdames et messieurs les députés, les étapes sont encore nombreuses avant de parvenir à une égalité d'accès aux soins sur l'ensemble de notre territoire, ...

M. Yannick Favennec Becot. C'est vrai ! C'est pour ça qu'il faut changer de méthode ! Sans cela, le problème continuera à se poser !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ...mais l'obligation d'installation, le conventionnement sélectif ne répondront pas à cette problématique – bien au contraire.

M. Fabien Di Filippo. M. Favennec a raison : concernant la désertification médicale, rien ne changera, alors qu'il y a urgence !

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'ai toute confiance en nos professionnels de santé, en nos élus – c'est-à-dire vous-mêmes – et en nos agences régionales de santé, pour mettre en place des modes de fonctionnement innovants, grâce à l'ensemble des outils mis à disposition – parmi lesquels le plan pour l'accès aux soins, le fonds dédié à l'innovation organisationnelle et la télémédecine.

Cessons d'opposer la médecine de ville et l'hôpital, les établissements publics et privés, les professionnels de santé paramédicaux et les médecins : pensons plutôt en termes de parcours, de qualité et de pertinence des soins, afin d'améliorer durablement notre système de santé, pour mettre fin aux fractures territoriale et numérique, et pour que santé rime pleinement avec solidarité. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM et sur plusieurs bancs du groupe MODEM.*)

M. Yannick Favennec Becot. Eh bien le problème est loin d'être résolu !

DISCUSSION GÉNÉRALE

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à M. Stéphane Le Foll.

M. Stéphane Le Foll. Madame la ministre, pour commencer, je voudrais vous dire qu'il s'agit d'un débat qui mérite d'avoir lieu. Considérer que nos propositions sont démagogiques reviendrait à refuser de tenir compte du constat que font tous les députés, sur tous les bancs de cet hémicycle, dans les territoires où ils ont été élus – qu'il s'agisse de territoires ruraux ou urbains. (*Applaudissements sur les bancs des groupes NG et UAI.*)

M. Philippe Vigier. C'est vrai !

M. Stéphane Le Foll. Ce débat n'oppose pas, madame la ministre, d'un côté des démagogues, et de l'autre des responsables sérieux et pragmatiques. Il y a un problème à régler, c'est tout !

Mme Cécile Untermaier. Très bien !

M. Stéphane Le Foll. Cette proposition de loi vise d'abord à assurer l'accès aux soins pour tous les patients, sur tout le territoire. « En même temps », pour reprendre une formule bien connue, elle vise à améliorer les conditions d'exercice de la médecine par les médecins généralistes.

M. Yannick Favennec Becot. Pourquoi ne l'avez-vous pas fait lorsque vous étiez au pouvoir ?

M. Stéphane Le Foll. Ce que vous avez dit, madame la ministre, est tout à fait juste : il n'y aura plus, comme nous l'avons connu, en particulier dans le monde rural, des médecins généralistes exerçant seuls et faisant des kilomètres et des kilomètres...

M. Yannick Favennec Becot. Des heures et des heures !

M. Stéphane Le Foll. ...pour examiner leurs patients à domicile.

M. Fabien Di Filippo. Eh oui ! Ils passent des heures à se déplacer !

M. Stéphane Le Foll. L'organisation des soins, quant à elle, sera – c'est absolument nécessaire – de plus en plus pluridisciplinaire.

J'ai participé récemment à une réunion, dans la ville où je suis élu, qui avait lieu dans une pharmacie ; il y avait là des infirmières, et la pharmacienne. Dans le quartier du Mans où j'habite, qui est un quartier populaire, il y avait six médecins il y a quinze ans. Aujourd'hui, il n'en reste plus que deux, qui ont plus de 60 ans.

M. Fabien Di Filippo. Et demain, il n'y en aura plus aucun !

M. Stéphane Le Foll. Qui s'en alarme, madame la ministre ?

Plusieurs députés des groupes UAI et LR. Nous !

M. Yannick Favennec Becot. Nous sommes là ! (*Sourires.*)

M. Stéphane Le Foll. La pharmacienne aussi bien que les infirmières, qui ont besoin du relais des médecins généralistes pour assumer elles aussi la mission de soin qui leur incombe.

Nous sommes d'accord avec vous : il faut changer le paradigme qui a été jusqu'ici celui de la médecine libérale française. Nous aurons besoin de nouvelles structures : les maisons de santé sont là pour répondre à ce besoin. Encore faut-il, pour cela – vous l'avez dit – qu'il y ait, dans ces maisons de santé, aussi bien des médecins généralistes que des médecins spécialistes, aussi bien des infirmières que des kinésithérapeutes.

M. Yannick Favennec Becot. Eh oui !

M. Philippe Vigier. Il faudra tout cela « en même temps » !

M. Fabien Di Filippo. Et pas seulement des caméras et des écrans pour faire de la télé-médecine !

M. Stéphane Le Foll. C'est cela, l'enjeu !

Il y a des élus – j'en vois dans cet hémicycle, quelle que soit leur famille politique – qui ont pris la responsabilité de salarier des médecins. Ils cherchent des réponses, investissent dans des structures. Il faut également que l'État, dans l'exercice de ses missions de régulation, permette à ces structures – comme l'a dit Guillaume Garot – d'être pluridisciplinaires, en embauchant des médecins, des infirmières – en proposant tous les métiers nécessaires à l'exercice de la médecine et donc à l'accès à la santé.

Telle est la différence fondamentale entre vous et nous, madame la ministre : vous n'osez pas aborder ce problème. Or il se posera dans tous les cas. Guillaume Garot l'a rappelé tout à l'heure : tel qui est aujourd'hui au Gouvernement, ou tel qui était, hier, président de groupe, avait voté en 2016 en faveur d'une proposition de loi similaire à celle-ci.

M. Yannick Favennec Becot. Eh oui, c'était une proposition de loi de l'UDI !

M. Stéphane Le Foll. Sur tous les bancs de cette assemblée, aussi bien que sur le terrain, chaque fois que l'on parle de ce problème, tout le monde s'accorde sur le même constat : on ne peut pas continuer comme cela. Nous sommes bien d'accord sur les objectifs ; simplement, pour les atteindre, il faut mener une politique publique qui permette de réguler l'installation des médecins, afin de les répartir sur l'ensemble du territoire.

Mme Cécile Untermaier. Très bien !

M. Stéphane Le Foll. Il ne s'agit pas d'une politique contre les médecins, au contraire : c'est une politique pour les médecins, pour les patients, pour l'accès à la santé. On ne peut en rester à un débat binaire, en partant du postulat que la médecine libérale implique une liberté totale d'installation, et qu'on ne peut envisager que des aménagements sans toucher à ce principe. Si l'on ne rompt pas avec cette vision des choses, madame la ministre, on ne pourra pas atteindre l'objectif que vous avez vous-même fixé. C'est de cela qu'il s'agit : une loi pour les patients, une loi pour l'exercice plein et entier de la médecine, dans un cadre pluridisciplinaire.

Les maisons de santé et, plus largement, la notion de territoire de santé, sont un enjeu qui, à l'avenir, va lier les aides-soignantes, les infirmières, les médecins ou encore les kinésithérapeutes. S'il est vrai que le numérique et la télé-médecine seront des outils qui aideront à structurer les territoires de santé, encore faut-il qu'il y ait des médecins.

Je considère que les chefs de projet des maisons de santé, qui sont essentiels à leur vitalité et à leur organisation, devront être intégrés dans la formation des médecins. On a en effet besoin de gens, y compris de médecins, qui prennent une part de la responsabilité de l'organisation des maisons de santé, et ils méritent à ce titre d'être reconnus et rémunérés en conséquence.

Voilà l'enjeu de cette proposition de loi, madame la ministre. Nous avons semble-t-il le même objectif, mais vous ne voulez pas envisager les moyens nécessaires pour réussir à l'atteindre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe NG et sur plusieurs bancs du groupe GDR.*)

M. le président. La parole est à M. Adrien Quatennens.

M. Adrien Quatennens. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, le droit à la santé est inscrit dans notre Constitution et pourtant, on le voit, chaque jour il est méprisé. Dans cette assemblée, tous les députés disent vouloir défendre la prévention, vouloir rétablir la confiance dans nos institutions de santé, mais le compte n'y est pas, bien au contraire : « inégalité » est trop souvent devenu le maître mot de notre système de santé.

Inégalités entre les régions, inégalité entre les centres-villes, ceux des métropoles dites « attractives », où généralistes et spécialistes se pressent, disposant des meilleurs hôpitaux même si leur personnel est bien trop rudement traité, tandis que 8 % des Français vivent dans une commune sous-dense en terme de présence des médecins généralistes ; et, sur cette proportion, 300 000 personnes sont également éloignées d'un service d'urgence et résident à plus de dix minutes d'une pharmacie. Je veux adresser, à cet instant, une pensée aux personnels de l'hôpital de Wattrelos, dont les urgences de nuit viennent de fermer. Si on prend en compte l'accès à d'autres soins essentiels, ce sont près de 20 % de nos concitoyens qui sont touchés par ce phénomène.

Inégalités aussi entre les classes sociales, car les dépassements d'honoraires sont plus que jamais un frein à l'accès au soin des moins riches. Le 29 novembre 2017, la Cour des comptes a publié un rapport sur l'avenir de l'assurance maladie. Nous y apprenons que, si les médecins généralistes pratiquant le dépassement d'honoraires sont moins nombreux que par le passé – ils étaient 16 % en 1985 et 8,7 % en 2015 –, malheureusement, ce n'est pas le cas des spécialistes : ils sont désormais 45 % à pratiquer le dépassement d'honoraires contre 30 % en 1985. Mes chers collègues, le taux moyen de dépassement est de 56 %, ce qui est énorme. Rien ne le justifie. Qui plus est, la tendance n'est pas à l'amélioration.

Inégalités territoriales et inégalités sociales alimentent le renoncement aux soins, qui ne cesse de s'accroître. Dans certains secteurs, comme celui de la santé bucco-dentaire, l'accès aux soins devient tout simplement impossible pour des millions de patients, faute de régulation des dépassements d'honoraires.

À force d'attendre, nous allons priver une grande part de nos concitoyens du droit à la santé et contribuer à ce qui ressemble déjà fort à une médecine de classe. Certes, des choses ont été faites, d'autres à peine tentées, mais pour des résultats très faibles, voire nuls.

Pour lutter contre les inégalités territoriales, le précédent gouvernement avait choisi l'incitation. Cette volonté de ne pas se mettre la profession à dos n'a pas eu d'autres résultats que des dépenses sociales inconsidérées, critiquées par la Cour des comptes à l'automne dernier. Quant à son objectif de généraliser le tiers payant, ce fut un progrès indéniable. Imaginez donc ce que cela représente, pour quelqu'un qui touche à peine le SMIC, de ne pas à avoir à avancer 20 euros ou 30 euros pour se soigner. Hélas, à la suite du vote d'un amendement introduit par le Gouvernement pendant la discussion du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, cet objectif a été tout bonnement abandonné. On peut penser que c'est le résultat d'un long processus de lobbying intense de la part des plus conservateurs.

Voici maintenant cette proposition de loi présentée par nos collègues socialistes. Son diagnostic est juste, son contenu semble de bon sens, et le tout suffisamment modéré pour ne braquer personne. De plus, elle a fait l'objet d'une discussion lors de la dernière législature,...

M. Yannick Favennec Becot et M. Philippe Vigier. C'est vrai !

M. Adrien Quatennens. ...et nous avons eu confirmation en commission qu'un certain nombre de députés de l'actuelle majorité l'avait soutenue du temps où ils étaient dans la précédente. C'est pourquoi nous espérons que le débat en commission serait un beau moment de communion autour d'une mesure que pour notre part, au groupe La France insoumise, nous jugions certes timide, mais que tout le monde pouvait estimer plus qu'honorable.

N'est-il pas tout à fait rationnel d'inciter une profession à ne pas se concentrer aux mêmes endroits du pays ? N'est-il pas tout à fait logique, pour lutter contre les inégalités sociales face à la santé, que le tiers payant soit appliqué dans des espaces structurés et aux moyens mutualisés comme les centres de soins ? Eh bien non : la majorité et nos collègues de droite sont restés campés sur leur position, qui est en réalité celle des syndicats de médecins.

Tout empêchement à venir gonfler le nombre de médecins en centre-ville serait une insupportable coercition, et toute obligation de mise en place du tiers payant une infâme incursion de l'État dans les saintes prérogatives des médecins libéraux : tout cela au nom de la liberté d'installation, au nom du tabou selon lequel quelqu'un exerçant une profession d'utilité publique, telle la médecine, ne devrait être soumis à aucune contrainte d'installation.

Sur ce point, je demande à la majorité d'être cohérente : vous ne pouvez pas, mes chers collègues, défendre le virage ambulatoire dans le PLFSS, c'est-à-dire le mouvement qui consiste à donner plus au libéral et moins à l'hospitalier, et ne pas faire en sorte que la médecine libérale, à laquelle vous déléguez davantage de compétences, se comporte en respectant des obligations de service public. Si vous fermez des hôpitaux dans les petites villes, si vous souhaitez désengorger les urgences mais sans que chacun puisse avoir par ailleurs accès à un médecin, le seul virage que vous engagez est un virage éliminatoire : les classes populaires vont se retrouver à terme exclues des soins, et la médecine française deviendra cette médecine de classe dont les contours sont déjà visibles. Et il est vain de croire que la télémédecine sera la solution à tous nos maux.

M. Jean-Paul Lecoq. Très bien !

M. Adrien Quatennens. Je sais bien qu'un nombre significatif d'entre vous est issu des professions médicales. Cela est louable, mais ce n'est pas une raison pour faire vôtres les revendications corporatistes.

M. Philippe Vigier. Ah !

M. Adrien Quatennens. La grande majorité des médecins exerce avec passion, et pour de nobles raisons : l'intérêt des patients, la santé publique et le progrès médical. Donnez-leur l'occasion de le faire en proposant une direction à leur profession. Répéter sans cesse qu'il s'agirait là d'une coercition ou d'une intolérable atteinte à la liberté d'installation n'est pas raisonnable car toute profession, libérale ou non, qui remplit une mission de service public doit être soumise à un certain nombre de devoirs. Libéraux, infirmiers et sages-femmes sont déjà soumis à des règles d'installation.

M. Yannick Favennec Becot. Eh oui !

M. Hervé Saulignac. C'est vrai !

M. Adrien Quatennens. Ne maintenons pas ce deux poids, deux mesures revenant à favoriser ceux qui le sont déjà par ailleurs. La liberté d'installation n'est pas un dogme acceptable lorsque l'on est conventionné par un système aussi avancé et exigeant que la Sécurité sociale, pas plus que la liberté tarifaire. C'est d'ailleurs ce second dogme que pour notre part, à La France insoumise, nous souhaitons affronter. Le dépassement d'honoraires mine à petit feu notre système de santé. Il détruit la confiance de nos citoyens envers lui. Il ne répond souvent à aucune logique ni à aucune valeur. Le dépassement d'honoraires, à part quelques dérogations dûment justifiées, doit être interdit. C'est le premier acte essentiel du programme d'urgence pour le droit à la santé que nous défendons.

Le deuxième acte, c'est la mise en place d'un corps de médecins fonctionnaires capable de repeupler sans délai les déserts médicaux. Cela nécessite, je vous l'accorde, une vraie discussion avec les ordres médicaux et les syndicats. Mais nous aussi, chers collègues, nous saurions faire preuve de pédagogie et de fermeté car c'est l'intérêt général qui doit primer.

Le troisième acte, c'est un effort budgétaire inédit pour les hôpitaux et pour le médico-social. Cela devient un lieu commun de parler du suicide des soignants tant ce fait est connu, mais raison de plus pour le redire : cela est intolérable. Pour ne citer qu'un exemple, au cours de ces trente derniers jours, une infirmière a tenté de se suicider et un infirmier s'est donné la mort à l'hôpital de Denain. De tels établissements ne tiennent que grâce au sacrifice de ceux qui y travaillent. L'État est coupable d'abuser de leur bonne volonté, du sacrifice de leur corps et de leur vie qu'ils consentent chaque jour pour que le service public continue d'être assuré – chacun d'entre nous peut le constater en circonscription comme moi-même au contact du personnel du CHU de Lille.

Le quatrième acte, essentiel pour renouer avec une conception exigeante du droit constitutionnel à la santé, c'est la Sécurité sociale universelle. À rebours des logiques actuelles qui font augmenter le reste à charge pour les patients – comme le Gouvernement l'a fait avec la hausse du forfait hospitalier en novembre dernier –, l'universalité de la protection sociale est un objectif réalisable, et ce pour deux raisons : tout d'abord parce que la mise en place de l'égalité salariale entre les femmes et les hommes rehaussera considérablement le produit des cotisations sociales puisqu'elles en seront augmentées ; ensuite, parce qu'il est trop urgent, dans un pays qui a connu une diminution de l'espérance de vie, de renouer avec cet objectif d'humanité si élevé et si exigeant : celui d'assurer à toutes et à tous l'accès à la santé.

En attendant, le bon sens et celui des responsabilités imposent à notre groupe de voter en faveur de cette proposition de loi. Nous demandons à nos collègues, en particulier à ceux de la majorité, de le faire également. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe NG.*)

M. le président. La parole est à M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, mes chers collègues, nous abordons, à travers la proposition de loi de nos collègues du groupe Nouvelle Gauche, un sujet essentiel, une préoccupation fondamentale pour nos concitoyennes et nos concitoyens : celui de l'accès aux soins.

Le constat est sans appel, partagé sur la plupart des bancs de cet hémicycle : les déserts médicaux continuent de s'étendre dans notre pays. Des territoires, qu'ils soient ruraux, urbains ou périurbains, se sentent démunis face à cette problématique qui fragilise l'égalité devant le droit à la santé. C'est le cas aussi dans ma circonscription populaire, sur les bords de la Méditerranée.

On ne compte plus les études et les rapports qui pointent l'aggravation des inégalités dans l'accès aux soins et le problème de la répartition de l'offre médicale, qu'elle soit privée ou publique. Je citerai quelques chiffres à mon tour pour mesurer l'ampleur du phénomène : nous avons perdu 9 000 médecins généralistes en dix ans, 750 pour la seule année 2017 ; 5,5 millions de nos concitoyens vivent dans un désert médical selon les dernières estimations du ministère de la santé. À la pénurie de médecins généralistes s'ajoute un manque ou une mauvaise répartition des médecins spécialistes – je pense notamment aux gynécologues, aux psychiatres, aux ophtalmologistes et aux dermatologues. Alors que, dans certains territoires, on peine à obtenir un rendez-vous, parfois même on se voit refuser l'inscription sur la liste de patientèle, certaines zones, le plus souvent urbaines, présentent une sur-densité médicale.

Le déficit de médecins libéraux va de pair avec une dégradation de l'offre publique de soins. Ces deux phénomènes se renforcent, alimentant un cercle vicieux : moins d'hôpitaux, ce sont moins de médecins libéraux car ces derniers ont impérativement besoin de plateaux techniques de qualité et de compétences spécifiques en appui à leur pratique, et, dans le même temps, la pénurie de médecins libéraux entraîne un recours de plus en plus important aux urgences hospitalières, déjà financièrement exsangues. Tous ces éléments se conjuguent et créent un renoncement aux soins de plus en plus important chez nos concitoyennes et nos concitoyens.

Les causes sont multiples. À des décisions politiques passées prises par ordonnances, décisions irresponsables dont nous payons le prix aujourd'hui, s'ajoutent d'autres évolutions liées aux nouvelles aspirations des professionnels de santé. Outre le *numerus clausus*, trop longtemps insuffisant, il y a en effet le refus des jeunes médecins d'être éloignés des centres urbains, parfois leur aspiration à exercer de manière différente de leurs aînés, notamment dans un cadre collectif pour privilégier la qualité de leur vie professionnelle et personnelle. Le dogme de la réduction des dépenses publiques, qui guide les politiques de santé depuis de nombreuses années, est également pour beaucoup dans la situation actuelle car nul doute que la fermeture d'hôpitaux, de maternités, et plus généralement de lieux de santé de proximité, ont précipité l'extension des déserts médicaux.

Face à ce constat alarmant, les réponses apportées sont loin d'être à la hauteur. Tout d'abord, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 votée par la majorité entérine des mesures budgétaires qui vont affaiblir le service public hospitalier, les hôpitaux devant réaliser entre 1,2 et 1,6 milliard d'euros d'économies.

M. Olivier Véran. Je me souviens d'ailleurs d'avoir eu un débat sur cette question avec le président Le Fur.

M. le président. C'est exact.

M. Pierre Dharréville. Par ailleurs, le plan d'accès aux soins annoncé en octobre ne fait que prolonger des mesures incitatives dont tout le monde s'accorde à dire qu'elles n'ont pas produit les effets escomptés.

Les maisons de santé, que le Gouvernement entend développer, s'apparentent souvent à des aquariums sans poissons : les aides à l'installation sont coûteuses pour les finances publiques et, selon le dernier rapport de la Cour des comptes, peu efficaces.

Quant à la promotion de la télé-médecine, prévue par la même loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, elle doit d'abord être envisagée comme un outil au service des médecins et non comme un substitut au manque de présence médicale dans nos territoires.

Il est donc temps de passer d'une obligation de moyens à une obligation de résultats. La proposition de nos collègues du groupe Nouvelle Gauche d'instaurer un conventionnement sélectif s'inscrit dans cette démarche. Nous l'avions d'ailleurs nous-mêmes proposé dans le cadre de nos débats sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

Devant l'échec des mesures incitatives, nous devons nous donner les moyens d'agir, en inventant de nouvelles formes de régulation, tout en améliorant notre capacité à former des professionnels de santé.

La sur-densité médicale constatée dans certains territoires – 752 communes sur-denses d'après la DREES, soit 3,4 millions de personnes – doit être régulée au profit des zones pauvres en professionnels de santé, puisque notre pays compte 8 919 communes sous-denses, correspondant à un bassin de population de 5,3 millions de personnes.

La liberté d'installation des médecins invoquée ne saurait être un argument suffisant face au droit à la santé, qui est une exigence constitutionnelle, ainsi qu'à l'objectif d'intérêt général d'assurer à nos concitoyens, et sur tout le territoire, l'accès aux soins.

L'État contribue au financement de la formation des médecins : il le fait sans doute insuffisamment, mais il le fait. Dans le même temps, la puissance publique, à travers la Sécurité sociale, finance la demande de soins et donc, indirectement, l'activité des professionnels de santé.

En contrepartie de ce financement public et solidaire, il nous semble cohérent que les citoyennes et les citoyens, ainsi que leurs représentants, puissent contrôler que cet argent soit efficacement utilisé pour protéger le droit à la santé.

Il y a urgence à agir et à organiser l'offre de soins. Ce ne sont pas les médecins qui sont en cause : c'est l'État qui est aux abonnés absents et que l'on peut même, dans certaines situations, accuser de non-assistance à personne en danger.

Nous savons les médecins animés d'un esprit de soin, d'une vocation qui les conduit à exercer leur métier. Parler de coercition au sujet de la mesure proposée, c'est méconnaître la réalité. Que devrait-on dire, en effet, à propos des fermetures de certains services dans les hôpitaux de proximité ? Le problème réside dans le refus, que je vois émerger, de modifier un modèle trop ancien.

De même que la situation est due à la convergence de plusieurs causes, seul un faisceau de solutions peut permettre de surmonter les difficultés actuelles. Le conventionnement sélectif fait partie de l'éventail des propositions permettant d'agir à court terme sur les inégalités d'accès aux soins qui, comme plusieurs rapports l'ont noté, devraient s'aggraver dans les dix, voire dans les trois prochaines années.

Ce n'est pas la seule proposition qui doit être envisagée : il convient également d'agir sur le levier de la formation médicale, pour dégager des marges de manœuvre à plus long terme et éviter de voir les problèmes continuer à s'aggraver.

Nous estimons urgent de sortir du *numerus clausus* qui empêche de former des médecins en fonction des besoins de santé, lesquels s'accroissent d'année en année du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques. Nous payons aujourd'hui l'inaction politique de ces dernières années.

Pour l'année 2018, seules 8 205 places sont ouvertes pour près des 60 000 étudiants inscrits en médecine, soit une augmentation de 1 % par rapport à l'année précédente. C'est mieux mais c'est peu. Le risque est de casser des vocations et parfois d'obliger des étudiants à aller se former dans d'autres pays : cette situation n'est plus tenable.

M. Philippe Vigier. Exactement !

M. Pierre Dharréville. Dans ce contexte, je ne peux que souscrire aux propos d'un de nos collègues – peut-être les réitérera-t-il ici, dans cet hémicycle – qui estime que « Le *numerus clausus* n'est qu'un instrument qui empêche les jeunes Français de faire médecine. J'ajoute qu'il a été pensé pour compenser les dépenses.

M. Christian Hutin. Très juste !

M. Jean-Paul Lecoq. Merci Juppé !

M. Pierre Dharréville. Il convient également de favoriser l'exercice regroupé ainsi que de respecter la volonté des jeunes médecins de se tourner vers le salariat. Les centres de santé, qu'il est nécessaire de valoriser et de conforter – car ils se trouvent parfois en grande difficulté – peuvent jouer ce rôle de point d'accès de proximité afin de garantir une offre de soins de premier recours, en lien avec l'hôpital.

C'est pourquoi je souscris également aux articles 2 et 3 de cette proposition de loi qui visent à garantir aux patients le tiers payant dans les structures d'exercice regroupé – dont il faut prendre en compte le financement – que sont les centres et les maisons de santé.

M. Régis Juanico. Très bien !

M. Pierre Dharréville. Il convient, enfin et surtout, de renforcer la présence du service public hospitalier sur tout le territoire, à rebours du penchant actuel consistant à fermer les établissements de proximité et à regrouper les services dans les vastes ensembles que sont les groupements hospitaliers de territoire. Comme le note le Conseil économique, social et environnemental – le CESE – dans son rapport de septembre 2017 sur les déserts médicaux, il appartient « à l'État de commencer par sanctuariser son offre de soins sur les territoires sous-denses en permettant la pérennisation des centres hospitaliers ».

Les dizaines de témoignages que nous avons recueillis la semaine dernière lors du débat organisé sur notre initiative à l'Assemblée nationale et qui rassemblait des usagers, des soignants, des syndicats ainsi que des médecins témoignent d'un malaise grandissant et de la nécessité de mettre en place un plan d'urgence pour l'hôpital.

En conclusion, la proposition de loi de nos collègues du groupe Nouvelle Gauche est un appel à agir. Il y a effectivement urgence. Elle a le mérite d'apporter une réponse nouvelle au problème déjà ancien que sont les déserts médicaux et à l'injustice qu'ils constituent. Les députés du

groupe de la Gauche démocrate et républicaine soutiendront donc ce texte. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et NG.*)

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

M. Olivier Véran. Monsieur le président, madame la ministre des solidarités et de la santé, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, je crois que c'est la quatrième ou la cinquième fois qu'il m'est permis d'intervenir sur un texte visant à limiter la liberté d'installation des médecins dans notre pays.

Comme cela a été dit, sur tous les bancs de cet hémicycle, certains se sont montrés tour à tour favorables ou défavorables à cette mesure : ils y étaient généralement favorables lorsqu'ils ne se trouvaient pas en mesure de prendre la décision et défavorables quand ils étaient en mesure de l'empêcher. (*Exclamations sur les bancs du groupe NG. – Applaudissements sur quelques bancs du groupe REM.*)

M. Yannick Favennec Becot. C'est vrai !

Mme Cécile Untermaier. Pas du tout !

M. Christian Hutin. Vous devriez vous souvenir de l'endroit où vous siégiez il y a six mois !

M. le président. Chers collègues, nous écoutons l'orateur !

M. Olivier Véran. Chacun peut voir midi à sa porte, mes chers collègues.

Cette limitation ne répondrait-elle pas, finalement, à la définition même de la fausse bonne idée ? Je me suis posé la question.

En 2007 – je représentais alors l'Intersyndicale nationale des internes –, le premier projet de loi de financement de la Sécurité sociale du quinquennat de Nicolas Sarkozy comprenait une mesure visant à limiter la liberté d'installation. J'étais allé voir les députés socialistes du bassin grenoblois. Ils m'avaient dit qu'effectivement ce n'était pas une bonne mesure. J'avais ensuite rendu visite aux députés UMP de Savoie et de Haute-Savoie, en leur demandant ce qu'ils en pensaient vraiment. Ils n'étaient pas emballés par la mesure mais, selon eux, il fallait envoyer un signal à la population.

La fausse bonne idée n'est-elle pas celle qui semble conceptuellement la bonne solution mais qui s'avère inapplicable ?

M. Stéphane Le Foll. Pourquoi serait-elle inapplicable ?

M. Olivier Véran. À mon sens, le conventionnement sélectif n'est pas applicable et ne fonctionnerait pas.

M. Stéphane Le Foll. Si !

M. Olivier Véran. Le débat qui nous réunit aujourd'hui ne porte d'ailleurs pas sur la préservation de la liberté d'installation. Nous partageons le diagnostic : il existe un problème d'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. Nous le connaissons bien dans différentes régions.

Nous avons évidemment tous envie d'améliorer l'offre de soins et la répartition médicale sur le territoire national.

Je vous le dis franchement : réfléchissons deux secondes... (*Exclamations sur les bancs du groupe NG.*)

Plusieurs députés du groupe NG. Nous, on ne réfléchit pas ?

M. Olivier Véran. J'ai envie, sans esprit de polémique, de vous poser une question : parmi tous les députés de la République que nous sommes, y en a-t-il un qui considère que sa circonscription compte trop de médecins généralistes ?

M. Sylvain Maillard. Voilà !

Mme Cécile Untermaier. Là n'est pas la question !

M. Fabien Di Filippo. La question, c'est l'équité !

M. Olivier Véran. Y a-t-il, dans cet hémicycle, un seul député qui puisse lever la main et dire : « Ma circonscription compte trop de médecins généralistes, venez en prendre pour les installer ailleurs, où l'on en manque. » ? Si notre territoire national connaît un problème global d'offre de soins, on ne le résoudra pas en déshabillant Pierre pour habiller Paul, c'est-à-dire en allant chercher des médecins à un endroit pour les installer ailleurs. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe REM. – Exclamations sur les bancs des groupes NG, FI et GDR.*)

M. le président. Mes chers collègues, écoutons l'orateur !

M. Christian Hutin. Nous lui répondons, c'est différent !

M. le président. Écouter veut dire non pas nécessairement adhérer, mais respecter : par conséquent, respectons l'orateur en l'écoutant !

M. Alexis Corbière. Nous répondons à la question de M. Véran : en Seine Saint-Denis, il n'y a pas assez de médecins, et à Paris, il y en a trop ! Voilà !

M. le président. M. Véran a la parole, et lui seul.

M. Olivier Véran. En 2007, monsieur Corbière, on pouvait lire dans certains journaux qu'il y avait trop de médecins généralistes à Paris. Puis, il y a deux ou trois ans, *Le Parisien* a déclaré que l'Île-de-France et Paris étaient devenus des déserts médicaux.

M. Philippe Vigier. Ce qui n'est pas du tout vrai !

M. Fabien Di Filippo. Oh, pauvres Parisiens !

M. Olivier Véran. Député de Grenoble, c'est-à-dire d'une zone qui compte pourtant un centre hospitalier universitaire et qui est particulièrement attractive, je peux dresser la liste des quartiers ou des unions de quartiers qui se mobilisent pour l'implantation de maisons de santé pluridisciplinaires car les médecins les ont désertés pour aller s'installer ailleurs. Notre territoire national connaît un problème global d'offre de soins et de répartition des médecins. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes REM et MODÈM.*)

Allez-vous dire aux médecins libéraux qu'après avoir ouvert un cabinet libéral et y avoir travaillé pendant deux à trois ans, s'être constitué une patientèle, avoir travaillé en réseau avec d'autres médecins ou professionnels de santé de leur territoire, ils vont devoir s'installer ailleurs ? Telle est la proposition qui nous est faite aujourd'hui. (*Protestations sur les bancs des groupes NG et UAI.*)

M. Yannick Favennec Becot. C'est malhonnête !

M. Philippe Vigier. Vous n'avez pas lu le texte !

M. Jean-Louis Bricout. Il faut lire les textes avant d'en parler !

M. le président. Monsieur Vigier, s'il vous plaît ! Écoutons M. Véran !

M. Olivier Véran. Cette proposition ne peut fonctionner en pratique. Avec cette mesure, vous allez dissuader les médecins qui ont encore l'envie de s'installer. Il faut faire attention à ce que l'on fait. Coluche disait : « Tous les champignons sont comestibles, certains une fois seulement. » Cela revient à dire que si nous mettons en place des mesures de conventionnement sélectif, nous casserons des vocations.

D'autres mesures existent. Mme la ministre des solidarités et de la santé en a proposé un certain nombre, et ses prédécesseurs avaient mis en œuvre des pactes visant à améliorer l'offre de soins sur le territoire.

Mme Cécile Untermaier. Cela ne marche pas !

M. Olivier Véran. En matière de politiques publiques, il faut être modeste : la martingale n'existe pas. Quand bien même elle existerait, elle ne saurait prendre la forme d'une limitation de la liberté d'installation des médecins ou d'un conventionnement sélectif. Vous allez créer une médecine à deux vitesses.

M. Stéphane Le Foll. Elle existe déjà !

M. Olivier Véran. Des médecins se diront : « De toute façon, on a besoin de moi dans ce territoire, je m'installe, et tant pis si je ne suis pas conventionné, les patients paieront. » Ce n'est pas le système qu'il nous faut.

Il nous faut mener une réflexion ambitieuse sur la démographie médicale. Des propositions peuvent être faites sur ce sujet – nous y reviendrons. Il faut également réfléchir à l'organisation des soins dans les territoires ruraux, mais aussi urbains, notamment au sein des maisons de santé pluridisciplinaires.

Ce n'est certainement pas la dernière fois que nous débattons de l'instauration d'un conventionnement sélectif.

M. Pierre Dharréville. Sauf si nous l'adoptons aujourd'hui !

M. Olivier Véran. Cette idée reviendra dans le débat, peut-être sous d'autres gouvernements. Si nous faisons tous le même diagnostic et avons tous l'ambition politique de résoudre le problème, nous sommes en désaccord sur la solution. On n'opère pas quelqu'un qui a la grippe. Il faut des solutions structurantes pour tous les territoires ; le conventionnement sélectif n'en fait pas partie – en tous cas, c'est l'opinion du groupe majoritaire, qui votera tout à l'heure une motion visant à renvoyer ce texte en commission. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes REM et MODEM.*)

M. Sylvain Maillard. Excellent !

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

M. Jean-Carles Grelier. Monsieur le président, madame la ministre des solidarités et de la santé, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, le général de Gaulle a eu en son temps cette belle formule : « Vers l'Orient compliqué, je volais avec des idées simples ». Si la démographie médicale est effectivement un sujet complexe, il faut l'aborder avec des idées simples et claires, c'est-à-dire avec tout autre chose que des idées simplistes.

M. Philippe Vigier. Ça commence bien !

M. Jean-Carles Grelier. Pour appréhender convenablement un problème, il faut à l'évidence le regarder dans sa globalité, sans tronquer la réalité des chiffres. Or vous nous proposez, chers collègues du groupe Nouvelle Gauche, des solutions en trompe-l'œil.

Selon vous, le nombre de médecins n'a en France jamais été aussi élevé : c'est à la fois vrai et faux.

M. Alexis Corbière. Ah bon ?

M. Jean-Carles Grelier. En effet, en valeur absolue, la France comptait 290 000 médecins en 2017 contre 252 000 dix ans plus tôt, et la progression a été constante.

Mais, à bien y regarder, cette croissance ne s'est faite qu'au bénéfice des médecins retraités puisque, dans le même temps, la proportion d'actifs n'a augmenté que de 0,9 %.

À vos yeux, le problème ne proviendrait que de la répartition des médecins sur le territoire. Je m'inscris en faux contre une telle affirmation. En effet, cela supposerait que le nombre de médecins soit suffisant.

Entre 2007 et 2017, la population française a cru de 7 millions d'habitants, ce qui a conduit à diminuer sensiblement la densité médicale, qui est passée de 3,4 médecins à 3,2 médecins pour 1 000 habitants. Or cette densité est, sur seize pays, inférieure à la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économiques – l'OCDE –, ce qui place la France en dixième position dans ce classement.

Enfin, il existerait, selon vous, des zones sur-dotées. Là encore, j'ai le regret de vous dire que cela n'est pas exact. En France, la densité la plus élevée de médecins est de 4 pour 1 000 habitants, un chiffre encore une fois inférieur à la moyenne de l'OCDE. En outre, croire que les grandes villes ou les régions urbaines du Sud connaissent un excédent d'offre médicale est une erreur. S'ils y sont numériquement en nombre supérieur par rapport à d'autres régions, combien sont-ils encore à exercer en secteur 1, c'est-à-dire à rester accessibles au plus grand nombre ?

Mes chers collègues, la médecine de ville, au même titre que la médecine hospitalière, est aux yeux de beaucoup de Français, et à juste raison, le premier des services publics.

Je vous rejoins sur un point : il faut agir, car la santé est, avant l'emploi ou la sécurité, la première attente et la première exigence des Français. Les territoires sont en effet victimes de disparités en matière d'offre de soins, ce qui entraîne des inégalités criantes dans l'accès aux soins.

Lorsque des patients renoncent à se soigner, lorsque les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont trop longs ou lorsque le premier cabinet médical est trop loin, notre responsabilité – qui nous engage, sur l'ensemble des bancs de cette assemblée – est de trouver des solutions.

Si nous nous rejoignons donc sur le constat, s'il existe bel et bien un problème lié aux inégalités territoriales, nous divergeons quant au diagnostic. En effet, si l'on ne pose pas les bonnes questions ou si on les pose en de mauvais termes, les réponses ne peuvent être qu'inappropriées.

Essayer des mesures coûte que coûte, le faire sans pousser plus avant la réflexion, ne se fonder que sur des idées reçues, cela peut être plus délétère encore que le *statu quo* – auquel je me refuse. Qu'à cela ne tienne ! Vous nous avez dit et vous nous redirez que, pour lutter contre la désertification médicale, il faut appliquer la politique du bâton et de la carotte ; vous prétendez que les mesures incitatives mises en œuvre par les collectivités locales ou par l'État ne sont pas efficaces et qu'il ne reste plus que le bâton, donc la contrainte et la coercition.

Pourtant, comment peut-on ambitionner d'apporter une solution efficace et durable aux inégalités de la présence médicale dans les territoires sans se pencher sur les questions suivantes, monsieur le rapporteur ?

À ce jour, le délai de carence incombant aux médecins libéraux, lorsqu'ils sont contraints de s'arrêter de travailler pour cause de maladie, est de quatre-vingt-dix jours, alors qu'il n'est que d'une journée à l'hôpital. Qui en parle ? Qui s'en soucie ?

À ce jour, la prestation versée à une femme médecin libéral durant son congé de maternité ne couvre qu'à peine la moitié de sa rémunération. Pourtant, en 2016, 70 % des médecins généralistes diplômés étaient des femmes. Qui en parle ? Qui s'en soucie ?

À ce jour, il manque 15 000 maîtres de stage des universités pour accueillir les étudiants en médecine, toutes spécialités confondues, et leur faire découvrir la médecine de ville. Qui en parle ? Qui s'en soucie ?

M. Maxime Minot. Il a raison !

M. Jean-Carles Grelier. Et que dire de tous ces étudiants qui subissent la médecine générale, sans l'avoir choisie, parce que leur classement à l'issue de l'examen classant national ne leur a pas permis d'accéder à la spécialité qu'ils souhaitaient ? Sur les 3 200 étudiants retenus en médecine générale à l'examen classant national de 2016, ils étaient 1 700 à se voir imposer ce choix par défaut. Qui en parle ? Qui s'en soucie ?

Que dire de tous ces jeunes, sélectionnés par l'échec, qui, si leurs parents peuvent se le permettre, vont se former à 6 000 euros l'année en Roumanie ?

M. Philippe Vigier. Eh oui !

M. Jean-Carles Grelier. En 2017, 2 500 médecins titulaires d'un diplôme étranger ont été inscrits par les instances ordinaires. Qui en parle ? Qui s'en soucie ?

M. Stéphane Le Foll. C'est au Conseil de l'ordre qu'il faut poser la question !

M. Jean-Carles Grelier. La médecine générale connaît une crise des vocations. L'instauration du conventionnement sélectif n'aura pour effet que d'éloigner encore un peu plus les étudiants de cette pratique de proximité. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe REM.*)

Que dire du nombre de postes ouverts dans les spécialités de proximité, comme l'ophtalmologie, où le nombre de praticiens ne cesse de diminuer alors que la demande, liée à l'allongement de la durée de la vie, ne cesse de croître ?

Pour que le temps politique soit un temps utile, pour que ce mandat soit un mandat utile, il nous appartient d'envisager des solutions pour aujourd'hui comme pour demain.

M. Philippe Vigier. Lesquelles ?

M. Stéphane Le Foll. Le salariat !

M. Jean-Carles Grelier. Le conventionnement sélectif n'est une solution ni pour aujourd'hui ni pour demain.

M. Maxime Minot. Tout à fait !

M. Jean-Carles Grelier. Les exemples allemand ou suisse en font la pleine démonstration : autoriser le conventionnement d'un médecin dans une zone sur-dotée uniquement pour le remplacement d'un départ à la retraite ne permet nullement d'équilibrer l'offre de soins sur le territoire, parce qu'il n'existe pas de lien entre les deux, puisqu'il n'y a pas d'automatisme pour un médecin à s'installer dans le cadre d'un conventionnement de secteur 1. Combien ont fait le choix de s'installer malgré tout dans une zone sur-dotée, dans les secteurs 2 ou 3 ?

M. Stéphane Le Foll. Bref, tout va bien !

M. Jean-Carles Grelier. Notre objectif, l'obligation de solidarité nationale, que nous devons préserver par tous les moyens, serait en danger avec une telle réforme, parce que celle-ci favoriserait une médecine à deux vitesses, dans laquelle certains, faute de moyens, seraient contraints de

faire appel aux faibles disponibilités des praticiens conventionnés de secteur 1, tandis que les plus aisés se tourneraient vers les professionnels des secteurs 2 ou 3.

M. Stéphane Le Foll. Alors, c'est quoi la solution ?

M. Jean-Carles Grelier. Certes, les Français sont largement favorables à toute forme d'obligation pour les jeunes médecins à s'installer dans les déserts médicaux. Comment ne pas les comprendre ?

D'où vient que tout cela, qui était parfaitement prévisible, n'ait pas été anticipé ?

M. Stéphane Le Foll. Bonne question !

M. Jean-Paul Lecoq. C'est à cause de la droite !

M. Jean-Carles Grelier. D'où vient que ces données démographiques, qui étaient quantifiables, mesurables, calculables depuis vingt ans, n'aient pas été prises en compte ?

M. Stéphane Le Foll et Mme Valérie Rabault. Cela vient de 1995 !

M. Jean-Carles Grelier. En 2000, la proportion de médecins âgés de 55 ans et plus était de 15 % ; elle a fait un bond spectaculaire pour passer à 46 % en 2015. (*Exclamations sur les bancs du groupe NG.*)

Ne reproduisons ni les erreurs ni les errements du passé !

M. Philippe Vigier. En effet !

M. Jean-Carles Grelier. Les courbes, les chiffres sont là, sous nos yeux.

M. Jean-Paul Lecoq. C'est vous qui avez organisé la pénurie !

M. Jean-Carles Grelier. La demande des Français est là, elle aussi. Elle est prégnante, et elle est souvent angoissée.

Le conventionnement sélectif serait un remède pire que le mal. Les étudiants le disent eux-mêmes, par la voix de leurs syndicats ou de leur fédération. Tâchons de les écouter, de les comprendre et de comprendre leurs préoccupations. Ne regardons pas la réalité avec un miroir déformant.

Notre système de santé doit évoluer, il doit être transformé. Toutefois, seule une réforme globale portant sur la prévention, sur le mode et le niveau de rémunération des médecins, sur leur formation, sur la formation des autres professionnels de santé, notamment des professionnels paramédicaux, sur l'organisation des parcours de soins, permettra de réduire les inégalités. La médecine de demain ne sera pas celle d'hier ni celle d'aujourd'hui. Il faut accepter le changement.

M. Guillaume Garot, rapporteur. C'est précisément ce que nous proposons !

M. Jean-Carles Grelier. Il faut aussi l'accompagner. Tel est le sens des propositions que je formulerai dans un Livre blanc sur l'avenir de la santé que je rendrai public dans les prochains jours.

Mes chers collègues, la bonne réforme peut-elle se faire sans l'adhésion ou l'assentiment de ceux qui en sont les premiers acteurs ?

M. Philippe Vigier. Et donc ? On fait quoi ?

M. Yannick Favennec Becot. On ne fait rien !

M. Stéphane Le Foll. Il faut salarier les médecins !

M. Jean-Carles Grelier. Pour toutes ces raisons, le groupe Les Républicains votera contre la présente proposition de loi, tant il nous semble qu'une véritable ambition pour la santé,

une ambition à la hauteur de l'attente légitime de nos concitoyens, ne s'y trouve pas. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

M. Philippe Vigier. Zéro proposition !

M. Alexis Corbière. Le désert médical, ce n'est pas dans l'hémicycle !

M. Jean-Paul Lecoq. Ah, ça ! C'est ici qu'on trouve la plus grande densité de médecins !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Eh oui ! Nous sommes en zone sur-dotée ! (*Sourires.*)

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

M. Brahim Hammouche. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, nous examinons aujourd'hui une proposition de loi instaurant deux dispositifs : un conventionnement sélectif dans les zones sous-denses et le tiers payant dans les maisons et centres de santé.

Ces deux outils ont vocation à répondre partiellement – et partialement – au problème dit de « la désertification médicale ». Or, avant de formuler tout diagnostic, il conviendrait de dresser un état des lieux, voire un historique, pour savoir comment nous en sommes arrivés là et proposer un traitement de fond, sans négliger aucune thérapie. Le groupe MODEM entend ouvrir une réflexion plus large, qui ne s'interdirait aucun débat, aucun totem, aucun tabou.

Il en est un que nous devons envisager sans ambages. Nous souffrons en France d'une inégalité territoriale et sociale dans l'accès aux soins. Bien que les effectifs des médecins généralistes et des spécialistes soient importants – la France se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE, avec un ratio de 3,3 médecins pour 1 000 habitants, contre 4,1 en Allemagne et 2,8 au Royaume-Uni –, les effectifs de premier recours, généralistes et spécialistes en accès direct, diminuent depuis 2009 et d'importantes disparités géographiques persistent.

Ainsi, si la quasi-totalité de la population française accède à un médecin généraliste en moins de vingt minutes, 8,1 % de la population se trouve dans une situation de faible accessibilité et vit dans un territoire où l'offre de soins, quoique présente, est insuffisante pour répondre à la demande, ce qui augmente les délais d'attente pour la prise de rendez-vous et accroît la charge de travail des professionnels. Ces disparités sont plus complexes et plus fines qu'il n'y paraît à première vue ; elles sont parfois infradépartementales.

M. Philippe Vigier. C'est vrai !

M. Brahim Hammouche. Ce n'est pas la médecine des villes contre la médecine des champs : il existe des zones blanches dans certaines grandes agglomérations aussi.

De surcroît, ces disparités varient suivant les spécialités : on l'a dit, le délai d'attente est plus long pour les dermatologues, les gynécologues, les ophtalmologues ou les psychiatres que pour les généralistes, pour lesquels le délai d'une semaine reste stable. Il n'en demeure pas moins que le maillage territorial des effectifs de premiers recours est constellé de trous et qu'en 2016, le niveau d'inégalités était semblable à celui de 1983, ce qui est mal ressenti par une partie de nos concitoyens et nous invite à repenser en profondeur notre modèle de santé, en renouvelant l'approche qui avait été utilisée ces dernières années.

Le vieillissement de la population médicale, aggravé par les fortes variations, aux effets différés, du *numerus clausus* entre 1977 et 1993 et les départs à la retraite qui en résultent parachèvent la tension démographique ; la situation est jugée

critique jusqu'en 2025. Dans moins de dix ans, le nombre de praticiens progresserait donc à nouveau ; en attendant, des territoires et des patients sont en souffrance, et des situations inextricables nous sont rapportées quotidiennement. Nous ne saurions nous en satisfaire.

Les nouvelles aspirations des professionnels, en phase avec les nouvelles organisations du monde du travail, visant à l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, au travail en équipe et à la diversité des modes d'exercice, accentuent encore le phénomène. Aujourd'hui, malgré les fortes incitations législatives, seuls 12 % des jeunes médecins choisissent l'activité libérale et générale. La médecine générale, la médecine de famille, a perdu de son attractivité. La pratique, engoncée dans des procédures administratives éloignées des vocations premières des praticiens, n'est plus aussi diversifiée. Pourtant, la télémédecine promet de réorganiser radicalement les tâches – mais nous n'avons pas encore mesuré pleinement la portée de la révolution numérique.

M. Yannick Favennec Becot. Encore faut-il disposer du très haut débit !

M. Brahim Hammouche. Face à ces constats, le Gouvernement a lancé un plan qui va dans le bon sens ; il est à la fois pragmatique et volontariste.

Certaines mesures peuvent avoir des effets à court terme sur l'augmentation de l'offre de soins dans les zones sous-denses.

M. Fabien Di Filippo. Ah bon ?

M. Brahim Hammouche. Les guichets uniques, qui libèrent du temps médical, seront ainsi mis en place avant la fin du premier trimestre 2018. Dans le même temps, le cumul emploi-retraite des médecins libéraux sera facilité le contrat de médecin adjoint, ouvert aux jeunes internes, généralisé, la protection sociale des remplaçants améliorée et l'exercice mixte salarié/libéral – auquel j'attache beaucoup d'importance – simplifié. Avant l'été 2018, la télémédecine et la télé-expertise entreront dans le droit commun, conformément à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, que nous avons adoptée, et le dossier médical personnel sera généralisé.

D'autres mesures visant à sortir de la vision hospitalo-centrée et à décloisonner les pratiques devraient elles aussi renforcer à moyen terme l'offre de soins dans les zones sous-denses. Je pense par exemple à la création dès 2018 de 300 postes d'assistants partagés entre l'hôpital et les structures libérales ambulatoires, au développement des stages ambulatoires des professionnels de santé très en amont de la formation, ou encore à la valorisation des consultations avancées, aux nouvelles délégations de tâches et aux transferts de compétences, notamment aux infirmières.

Si nous soutenons aussi les nouvelles aides conventionnelles, à hauteur de 200 millions d'euros, visant à favoriser l'installation de médecins dans les zones sous-denses, ainsi que le doublement du nombre des maisons de santé pluri-professionnelles et de centres de santé – ce qui représente un investissement de 400 millions d'euros en cinq ans –, nous estimons en revanche que ces dispositifs coûteux doivent être mieux évalués.

Dans tous les cas, nous entendons participer pleinement aux processus d'évaluation et proposons d'ores et déjà au Gouvernement de faire un point semestriel devant notre commission des affaires sociales.

Le groupe MODEM promeut une vision holistique, et non symptomatique, qui embrasserait l'accès et l'organisation des soins, la culture de la santé dans notre pays, les pratiques médicales, les statuts et les financements.

En matière d'accès territorial, par exemple, nous pensons nécessaire de renforcer l'organisation des soins dans les territoires sous-denses en particulier et, plus généralement, de soulever la question du lien entre les politiques d'aménagement du territoire, du logement et des transports et la politique de santé.

Nous sommes également attachés à lutter contre les déterminismes sociaux, qui concourent à la persistance des inégalités en matière de santé, d'accès aux soins et d'accès à la formation. Combien de jeunes habitant dans des zones sensibles entament des études de médecine ?

Nous souhaitons encourager le décloisonnement de la politique de santé au travail, de la politique de santé scolaire et de la politique de santé publique en vue de favoriser la prévention, notamment s'agissant des addictions et des maladies professionnelles et psychiques.

Nous pensons que, compte tenu des aspirations des jeunes générations de professionnels et des besoins des patients, nous devons repenser les relations entre le patient, le professionnel de santé et la puissance publique, en renforçant le dialogue là où les blocages sont les plus criants, où la solidarité nationale n'est plus ou est mal comprise. Un hiatus s'est installé. En dépit de la grande diversité des cadres d'exercice – libéral, hospitalier, salarié –, les patients ont, à l'égard de la médecine et de leurs praticiens, une exigence de service public. Cela soulève la question du statut des praticiens, de la réglementation et de la régulation de la profession et des pratiques.

À cet égard, si la contrainte ne saurait constituer un bon mode de régulation, aucun sujet, qu'il s'agisse du statut ou des modes de rémunération, ne doit être occulté. Un conventionnement sélectif ne pourrait être proposé que dans le cadre d'un dialogue social nourri avec les organisations syndicales, ...

M. Philippe Vigier. Ah !

M. Brahim Hammouche. ...au premier chef avec les étudiants et les jeunes médecins, et après une définition préalable et partagée d'une cartographie précise et actualisée des zones sous-denses.

C'est ce que nous reprochons à cette proposition de loi : en l'absence de négociation aboutie avec les professionnels, elle n'apporte aucune avancée concrète. Elle n'est donc tout simplement pas opérationnelle.

Elle comporte également des effets d'aubaine immédiats. Peut-on se satisfaire de la création de fonds de commerce et d'un renchérissement des patientèles en zone sur-dense ? En conséquence, nous vous proposons un renvoi en commission, afin de réfléchir à un nouveau modèle de santé qui tienne compte des nouveaux enjeux, des attentes des acteurs et des citoyens, et de l'évaluation des premières mesures du plan gouvernemental pour l'égal accès aux soins dans les territoires.

M. Yannick Favennec Becot. Surtout ne rien faire !

M. François Pupponi. Eh oui, ne rien faire !

M. Stéphane Le Foll. MODEM, modéré !

M. Brahim Hammouche. Concernant la généralisation du tiers payant dans les maisons et les centres de santé, objet des deux derniers articles de la proposition de loi, le débat est

tranché ; il est donc derrière nous et n'appelle pas de nouvelle polémique. Le tiers payant a vocation à être généralisé d'ici à un an ou deux en tenant compte des difficultés techniques soulevées par l'IGAS. À ce jour, il est déjà obligatoire pour les patients à faibles ressources, bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé – ACS – et, depuis la réforme de 2016, pour les patients couverts à 100 % par la Sécurité sociale, comme les femmes enceintes et les personnes atteintes de maladie de longue durée. Si l'on considère l'ensemble des soins médicaux, au premier semestre 2017, le taux de tiers payant des actes remboursés était de 46,2 %, en hausse de 3,8 points par rapport à 2016. Le processus de généralisation est donc en cours. Nous avons fixé au printemps prochain un point d'étape et de contrôle, et nous entendons nous y conformer, avec une exigence d'accès aux soins pour tous. (*Applaudissements sur les bancs du groupe MODEM et sur plusieurs bancs du groupe REM.*)

M. le président. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Régis Juanico. Il va dire du bien du texte, lui !

M. Philippe Vigier. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, cela fait quatre ou cinq fois, disait Olivier Véran, qu'il s'exprime sur un texte de cette nature ; pour ma part, ce doit être au moins la dixième.

En charge de votre ministère depuis seulement neuf mois, madame la ministre, vous n'êtes pas responsable du passé : vous devez gérer le présent. Mais le nouveau monde n'est-il pas celui dans lequel la réflexion peut évoluer ? Vous avez tous en mémoire, mes chers collègues, cette réplique du *Guépard* : « Il faut que tout change pour que rien ne change. »

En 2016, j'avais l'honneur de m'exprimer du haut de cette tribune, sur une proposition de loi cosignée par Yannick Favennec Becot.

M. Yannick Favennec Becot. Eh oui !

M. Philippe Vigier. Vous me pardonnerez de rappeler, monsieur Le Foll, que Marisol Touraine, votre collègue du Gouvernement de l'époque, avait alors balayé d'un revers de main ce texte rédigé par mes soins.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Tout à fait !

M. Yannick Favennec Becot et M. Christian Hutin, rapporteur. Eh oui !

M. Stéphane Le Foll. Je m'en souviens, hélas !

M. Philippe Vigier. Jean-Marc Ayrault, que l'on a entendu hier, avait pourtant cosigné lui aussi, dès 2012, une proposition de loi sur le sujet en expliquant que le modèle actuel ne pouvait perdurer.

Pour ma part, madame la ministre, je m'exprime devant vous pour vous proposer d'avancer ensemble. La situation est en effet bien plus grave qu'on ne le dit, et vous la connaissez tous, mes chers collègues : elle concerne la médecine libérale comme la médecine hospitalière. D'une façon plus générale, nous devons aussi nous interroger sur le mode d'organisation des soins dans notre pays. Je ne rappellerai pas, à cet égard, le préambule de la Constitution, qui garantit en principe un égal accès aux soins pour tous nos concitoyens.

M. Yannick Favennec Becot. Eh oui !

M. Philippe Vigier. Un médecin, monsieur le rapporteur, établit d'abord le diagnostic. De ce point de vue, j'applaudis et salue votre courage : dans la vie, on se nourrit de ses propres erreurs pour avancer. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe NG.*) C'est pour cette raison que je vous ai apporté mon soutien dès l'examen en commission, même si votre texte contient, outre une disposition sur la régulation que j'avais moi-même défendue, et qui vous semble un monstre du Loch Ness – mais vous verrez qu'il n'en est rien –, un article sur le tiers payant généralisé, dont vous savez très bien qu'il ne réglerait rien, le vrai sujet étant le reste à charge. Si Mme la ministre, dans sa grande sagesse, avait salué une disposition imparfaite, certes, mais de progrès tout en remettant à plus tard le débat sur le tiers payant généralisé, nous aurions, j'en suis sûr, voté le texte à l'unanimité, et cela aurait grandi notre assemblée.

Vous l'avez dit tout à l'heure, madame la ministre, et je n'ai rien à ajouter ce que M. le rapporteur a lui-même dit à ce sujet, le diagnostic est connu de tous, qu'il s'agisse du nombre de médecins et d'heures travaillées ou de l'évolution de la pratique médicale. Je connais bien cette profession, pour être père de médecin et avoir un chirurgien dans ma famille. Le médecin de famille, qui faisait ses soixante-dix heures par semaine et allait soigner les blessés des matchs de foot du dimanche midi, c'est terminé : il faut évoluer, Stéphane Le Foll l'a justement observé.

M. Stéphane Le Foll. Oui, et j'ai joué au foot! (*Sourires.*)

M. Philippe Vigier. Moi aussi!

Le diagnostic, disais-je, nous l'avons tous établi : la médecine de 2020 est une nouvelle médecine, qu'il nous revient d'inventer. Par conséquent, n'en restons pas aux recettes du passé.

N'oublions pas non plus, madame la ministre, les difficultés des hôpitaux, que vous connaissez fort bien car vous avez pris votre ministère à bras-le-corps. Je pense en particulier aux urgences, au sujet desquelles je ne citerai qu'un chiffre : à Clermont-Ferrand, 90 % des urgences pédiatriques sont injustifiées. Elles pourraient donc être traitées par des généralistes ou des maisons de garde, s'il y en avait. L'exemple peut être généralisé à l'ensemble du territoire : vous avez tous les chiffres, madame la ministre, et vous savez bien que je ne dis pas de bêtises.

N'a-t-on rien fait, par ailleurs, en ce qui concerne la prévention ? Si ! Nous avons tous œuvré en ce domaine. Pas assez, me répondez-vous ; mais les maisons de santé existent : on peut faire grief à certaines de n'être que des coquilles vides, mais il y a aussi de vraies réussites.

Mme Cécile Untermaier. Oui !

M. Philippe Vigier. Si vous vous rendez un jour dans mon territoire, vous verrez qu'une communauté médicale y a réalisé un magnifique projet associant tous les professionnels, publics et privés.

S'agissant des mesures incitatives, les départements ont financé les études de certains médecins en accordant des bourses, mais aussi payé des logements pour accueillir des internes.

M. Yannick Favennec Becot. Eh oui !

M. Philippe Vigier. Marisol Touraine, quant à elle, nous a « vendu » les fameux CESP, les contrats d'engagement de service public – dont certains sont rachetés, car les intéressés ne veulent pas rester. Elle a donc essayé d'agir, et j'avais moi-même soutenu la mesure : face à un sujet aussi grave, on ne peut rester les bras ballants.

Chacun a donc tenté d'apporter des solutions, y compris par des mesures financières. Dans certains territoires sous-denses, madame la ministre, la caisse d'assurance maladie propose à des radiologues, pourtant déjà bien payés, 20 000 euros pour rester.

Mme Cécile Untermaier. Tout à fait !

M. Philippe Vigier. Telle est la vérité, et je veux la proclamer haut et fort ce matin.

Je viens d'évoquer le diagnostic et les mesures préventives : qu'en est-il de la dose d'attaque ? Je ne dis pas que le conventionnement soit la panacée, madame la ministre, mais disons les choses simplement : comment comprendre que vingt ou quarante dermatologues soient installés à Biarritz alors que 30 kilomètres plus loin, à Dax, on n'en compte que six, avec des délais de quatre à six mois pour obtenir un rendez-vous ?

M. Guillaume Garot, rapporteur. Voilà !

M. Philippe Vigier. Comme Guillaume Garot le suggère très bien avec son texte, il s'agit non pas de déconventionner les médecins qui arrivent, mais de faire en sorte qu'ils attendent leur tour, comme le fait un notaire pour poser une nouvelle plaque.

S'agissant toujours du conventionnement, cessons de nous payer de mots : il existe un secteur 1 et un secteur 2, cher Olivier Véran. Lorsque l'on exerce en secteur 1, on n'applique pas des honoraires de secteur 2, ou alors cela s'appelle un dépassement d'honoraires. Les actes réalisés par un biologiste – je parle en connaissance de cause – sont-ils remboursés s'ils ne sont pas accrédités ? La réponse est non. Cessons donc de brandir l'argument du conventionnement partiel : celui-ci existe déjà ; dire le contraire serait mentir, et nous ne le ferons pas ce matin.

S'agissant du *numerus clausus*, Olivier Véran a dit, dans un grand journal, qu'il s'agissait d'une promesse du président Macron,...

Mme Valérie Rabault. On sait ce que deviennent certaines promesses !

M. David Habib. Celle à propos de Nantes, par exemple ! (*Sourires sur les bancs du groupe NG.*)

M. Philippe Vigier. Je me garderai de toute polémique : le sujet est trop grave.

Quoi qu'il en soit, M. Macron a raison de vouloir rouvrir le *numerus clausus* – qui a d'ailleurs été doublé dans ma région –, même si je ne prétends pas, là encore, que ce soit la panacée.

M. Jean-Paul Lecoq. Il faut neuf ans pour former un médecin !

M. Philippe Vigier. Faisons une chose simple, madame la ministre : l'histogramme des médecins par âge permet d'identifier les besoins dans chaque région. J'ai personnellement connu la régionalisation de l'internat. Ne me faites pas le coup de dire : « On choisit l'endroit où l'on veut s'installer. » C'est faux ! L'internat national classant ne permet pas de choisir. Un candidat classé à la 2 380^e place qui souhaite exercer en neurologie ne peut s'installer à Lyon en l'absence de poste disponible : il ira à Limoges ou à Poitiers.

M. Jean-Paul Lecoq. Exactement !

M. Philippe Vigier. Pourquoi ne pas dire les choses simplement, en dehors de toute passion ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe NG et sur plusieurs bancs du groupe GDR.*)

M. Yannick Favennec Becot. Très bien !

M. Philippe Vigier. Xavier Bertrand avait pris une décision intelligente en permettant aux médecins à la retraite de continuer à exercer, moyennant une diminution des charges sociales. On est loin ici de Martine Aubry, laquelle – tout le monde l’a oublié – avait créé la MICA, la mesure d’incitation à la cessation d’activité : à 59 ans, les médecins recevaient une lettre les incitant à prendre leur retraite au plus vite, ce que beaucoup d’entre eux ont fait. Comme vous le voyez, tout le monde est servi, tout le monde a commis des erreurs.

M. Jean-Paul Lecoq. Pas nous : nous n’avons jamais été au pouvoir ! (*Sourires.*)

M. Philippe Vigier. Essayons donc d’avancer ensemble.

Je vous sais partisane de la télémédecine, madame la ministre. J’avais aussi défendu cette pratique à travers ma proposition de loi. La nomenclature des actes, vous le savez, doit toutefois être établie, une telle pratique étant possible pour certaines spécialités mais pas pour d’autres. La télémédecine, Yannick Favennec Becot l’a rappelé, exige aussi la fibre à l’habitant. Avec un débit de 30 mégaoctets par seconde en 2022, on ne pourra transmettre à un médecin établi à 200 kilomètres de là une image de bonne résolution, qui puisse révéler, par exemple, une hémorragie méningée nécessitant des soins d’urgence : ce n’est pas moi qui le dis, ce sont les médecins eux-mêmes.

M. Yannick Favennec Becot. Et voilà ! Il faut le très haut débit pour tous !

M. Philippe Vigier. Pour conclure, madame la ministre, je vous invite à entendre au moins la première des deux propositions faites par Guillaume Garot, celle qui a trait au conventionnement. Je veux aussi répondre brièvement à votre propos sur trois points.

S’agissant du diabète, un généraliste seul n’est pas suffisant, vous avez raison : il faut une équipe comprenant, entre autres, une infirmière et un cardiologue – mais encore faut-il en avoir un sous la main. Savez-vous combien de cardiologues sont installés en ville, dans le sud de l’Eure-et-Loir ? Zéro ! Que faire ? Aller à Orléans, à 60 kilomètres de là, voir un cardiologue qui prescrira toutes les ordonnances pour l’hémoglobine glycosylée ? Et comment le fera-t-il, d’ailleurs, sachant qu’il voit déjà soixante patients par jour ? Bref, il faut une équipe et, pour cela, des médecins qui viennent s’installer sur place.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Voilà !

M. Philippe Vigier. Deuxième point : la régulation fonctionne bien avec les pharmacies, vous l’avez souligné. Celles-ci vous rendent d’ailleurs un fier service avec leur maillage, qui assure un service vingt-quatre heures sur vingt-quatre, lequel peut ainsi se substituer aux urgences, partout victimes d’engorgement – jusqu’à onze heures d’attente, récemment, à l’hôpital de Chartres.

Vous avez enfin évoqué l’attractivité des territoires. À cette même tribune j’ai défendu, il y a quelques semaines, une proposition de loi portant notamment création de l’Agence nationale de la cohésion des territoires. J’ai inscrit la télémédecine parmi les quatre domaines visés. On m’a objecté que j’allais trop vite, que cette mesure serait décidée par le Président de la République. Celui-ci marche ; je cours et suis donc un peu devant sur ce point. C’est dommage, car la télémédecine a partie liée avec la cohésion territoriale. Vous ne rendez pas un territoire attractif, que ce soit pour les chefs d’entreprise ou les familles, sans fibre optique et sans médecine. Tout est lié.

M. Gilles Lurton. C’est vrai !

M. Philippe Vigier. J’ai bien lu, chers collègues de La République en marche et du MODEM, les propositions que vous avez faites dans le cadre du PLFSS pour 2018 ; mais le compte n’y est pas. Je ne vous donne pas un an, peut-être deux, pour revenir sur vos positions. J’ai d’ailleurs cru déceler quelques frémissements sur vos bancs, et même sur ceux des Républicains à qui l’on faisait grief, récemment encore, d’une opposition systématique. Preuve que les lignes bougent, Guillaume Peltier, il y a peu, s’est prononcé en faveur d’une proposition de loi sur le sujet.

Entendez, madame la ministre, le message des médecins qui n’en peuvent plus, obligés qu’ils sont d’établir cinquante actes par jour, ce qui ne leur permet plus d’assurer une médecine de qualité. S’ils arrêtent d’exercer, nos concitoyens ne pourront tout simplement plus être soignés. (*Applaudissements sur les bancs des groupes UAI et NG, ainsi que sur quelques bancs du groupe GDR.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Bricout.

M. Jean-Louis Bricout. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, nous examinons ce matin la proposition de loi de mon groupe tendant à créer un dispositif de régulation de l’installation des médecins, appelé « conventionnement territorial », lequel, je tiens à le préciser, vise aussi bien les généralistes que les spécialistes. Ce texte vise à faire de la régulation un nouveau levier pour donner plus d’efficacité aux politiques d’incitation.

Nous sommes face à une question essentielle pour nos territoires ruraux. Incontestablement, ce texte, qui risque de connaître un enterrement immérité sous le poids du fait majoritaire, n’en constituerait pas moins une belle avancée. En effet, tous les territoires ne sont pas logés à la même enseigne. Dans les territoires ruraux, dont certains sont en décrochage, il faut parfois attendre plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste, vous le savez.

Je témoigne en connaissance de cause. La part des médecins âgés de plus de 65 ans représente près de 32 % des effectifs, contre moitié moins il y a dix ans. Le dernier atlas, publié en octobre 2017, souligne que « le nombre de médecins inscrits à l’ordre ne cesse de croître mais majoritairement au bénéfice des médecins retraités ». Un médecin sur deux a ou aura plus de 60 ans dans les années à venir.

Dans mon département de l’Aisne, la densité est de 72 médecins généralistes pour 100 000 habitants, et ce au sein d’une région tout aussi sous-dotée. La moitié des médecins généralistes actuels partiront à la retraite d’ici à 2020. Nous subissons clairement le manque d’attractivité global du territoire : compte tenu d’un ensemble de difficultés, qui touchent par exemple le petit commerce, les jeunes médecins ne s’installent plus chez nous.

Clairement, il n’y a pas que la question de nombre de praticiens : se pose aussi celle de leur répartition de façon homogène sur l’ensemble du territoire national.

Dans ces conditions, je ne peux que soutenir cette proposition de loi. Le conventionnement territorial que nous proposons permettra de compléter les dispositifs d’incitation à l’installation dans les zones sous-dotées.

J’insiste par ailleurs sur un point : le conventionnement ne remet aucunement en cause le principe de la liberté d’installation. Si ce mécanisme n’est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations, il laisse toute la place à la négociation avec les professionnels de santé. Il ne s’agit pas

d'une mesure coercitive mais de régulation. En cela, il s'inspire des mécanismes existant pour d'autres professions de santé.

Au-delà, et puisque nos débats de ce matin ont avant tout une visée réflexive et prospective, je veux partager avec vous une conviction. Je crois ardemment qu'il est nécessaire de réfléchir aux conditions d'accès à la médecine, pour que la filière garantisse un véritable ascenseur social.

Aujourd'hui, l'accès à la médecine demeure l'apanage de milieux plutôt aisés. Il est urgent que nous nous donnions les moyens de repérer les futurs talents potentiellement présents dans nos territoires, ceux-là mêmes qui peuvent avoir le sentiment que le monde de la médecine n'est pas fait pour eux.

Par ailleurs, j'ai déposé un amendement d'appel – le sujet relève plutôt du domaine réglementaire – afin d'aborder la problématique de l'installation des médecins, notamment des généralistes, à travers le prisme du stage d'internat, lors de la dernière année d'études. Dans le cadre de leur internat, les étudiants doivent réaliser un stage de six mois auprès d'un médecin généraliste. Bien que nous ne disposions pas de statistiques précises, la pratique sur le terrain montre que le lieu de stage détermine bien souvent le lieu d'installation du futur cabinet.

Mme Cécile Untermaier. C'est vrai !

M. Jean-Louis Bricout. Ainsi, dans le département de l'Aisne, la plupart des étudiants qui se destinent au métier de médecin généraliste s'inscrivent à la faculté de Reims – Marc Delatte le sait parfaitement. Dès lors, et parce qu'il n'y a pas d'accord pédagogique entre les agences régionales de santé – les ARS –, le stage ne s'effectue quasiment jamais dans l'Aisne, un département figurant parmi ceux dont le déficit d'installation est le plus important.

Les freins, on le voit, sont nombreux et nous devons tous les intégrer à notre réflexion. Tel est l'objectif de cette proposition de loi. Je sais que, sur le fond, les élus que nous sommes, quels que soient les bancs sur lesquels ils siègent, s'accordent sur le constat.

Nos élus sont très fortement engagés sur le terrain, notamment avec les médecins, pour installer les maisons de santé, que nous souhaitons tous, depuis plusieurs législatures. Ils sont engagés pour la télémédecine : les communautés de communes mettent la main à la poche pour installer la fibre optique dans cette perspective. Ils sont engagés pour établir des conventions avec les hôpitaux, afin d'organiser des consultations avancées.

Madame la ministre, votre devoir est d'être aux côtés de ces élus, et donc de soutenir cette proposition de loi, qui me semble aller dans le bon sens. (*Applaudissements sur les bancs du groupe NG.*)

M. Alain Bruneel. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, je m'exprime devant vous aujourd'hui en tant que députée d'une circonscription particulièrement rurale. Je n'ai pas peur de dire, après d'autres aujourd'hui, que la France n'a jamais eu autant de médecins.

M. Jean-Paul Lecoq. Et c'est un médecin qui le dit !

Mme Christine Pires Beaune. Elle n'a jamais été autant peuplée !

Mme Martine Wonner. Ce qui pose problème, en effet, c'est la répartition sur le territoire.

Si les médecins sont nombreux dans les grandes agglomérations, il devient parfois difficile de trouver un généraliste dans certaines zones rurales ou certaines banlieues sensibles. Ce déséquilibre pose un véritable problème d'accès aux soins pour tous et, par conséquent, de santé publique.

Conscients de cette situation, M. le Premier ministre et madame la ministre des solidarités et de la santé ont présenté ensemble, le 13 octobre dernier, un plan complet d'accès aux soins. Mes chers collègues, à vous écouter ce matin, je me demande si vous l'avez lu.

M. Philippe Vigier. Bien sûr !

Mme Martine Wonner. Ce plan propose des solutions pragmatiques, cohérentes et réalistes, comme nous le faisons toujours.

M. Maxime Minot. Je n'en suis pas certain !

Mme Martine Wonner. Le changement de paradigme est en marche. La confiance envers les médecins s'est installée : notre Gouvernement les écoute et les respecte. Une nouvelle ère s'est définitivement ouverte.

M. Jean-Louis Bricout. Nous ne les respectons pas, nous ?

Mme Martine Wonner. Les professionnels, eux aussi, se sentent en confiance. Il y a aujourd'hui une véritable reconnaissance de leurs pairs.

Grâce à l'article 51 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, adopté en décembre dernier, notre majorité affirme son soutien aux projets locaux portés par les professionnels de santé, lesquels auront désormais la liberté d'expérimenter et d'innover, notamment par le biais du développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres de santé et de tous les modes d'exercice coordonné.

M. David Habib et Mme Christine Pires Beaune. Cela fait quinze ans que les maisons de santé existent !

Mme Martine Wonner. Ce sont 400 millions d'euros qui sont prévus pour accompagner tous ces projets. Les acteurs de la santé de chaque territoire pourront notamment proposer des organisations permettant de garantir une offre pour les soins non programmés pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale, ainsi que le samedi matin, afin d'éviter aux patients d'avoir recours aux urgences hospitalières.

À ce stade, permettez-moi, chers collègues, de revenir sur l'excellent dispositif intitulé « action de santé libérale en équipe » – ASALEE –, déployé dans les zones sous-denses. Il permet de développer les coopérations entre les professionnels de santé, afin de rendre un meilleur service à la population.

M. Stéphane Le Foll et M. Christian Hutin. Tout va bien !

Mme Martine Wonner. Les infirmières peuvent suivre et accompagner les patients atteints de pathologies chroniques. Toutes les organisations efficaces ne reposent pas sur les médecins. Nous le savons tous, la délégation de tâches et de compétences est une des solutions les plus efficaces pour lutter contre la désertification en zone rurale. Parce que nous faisons confiance aux professionnels de santé, nous avons généralisé les coopérations entre infirmiers et médecins.

Un projet d'animation et d'aménagement du territoire pour les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus des territoires sera co-construit pour les années

2018-2022, comme les députés du Grand Est et l'agence régionale de santé de notre région ont commencé à le faire. Encore faut-il que les élus se bougent, s'impliquent et lisent.

Nous avons également inscrit la télémédecine dans le droit commun dès 2018. Nous accompagnerons l'équipement des établissements médico-sociaux, des établissements de santé, dont les hôpitaux de proximité, des maisons de santé pluri-professionnelles et des centres de santé dans le déploiement de la télémédecine.

M. Jean-Paul Lecoq. Et les réseaux de fibre optique ? Il faut du temps pour les déployer !

Mme Martine Wonner. Vous le voyez, mes chers collègues, nos propositions pour lutter contre la désertification médicale sont nombreuses, ambitieuses et pragmatiques. Elles sont fondées non seulement sur des mesures nécessaires mais aussi, et surtout, sur le dialogue – fondamental – avec les professionnels de santé.

La contrainte d'exercice n'est pas et n'a jamais été une solution réaliste pour lutter contre la désertification médicale. En Belgique, par exemple, la régulation imposée des médecins, instaurée il y a quelques années, n'a pas répondu aux attentes. Dans ce pays, réellement sous-doté d'un point de vue médical, l'espérance moyenne de vie est plus faible qu'en France.

Faisons confiance aux acteurs, à leur capacité d'innover et à leur engagement au service des patients et de tous les citoyens. Je vous invite donc à voter la motion de renvoi en commission de notre collègue Marc Delatte. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe REM et sur quelques bancs du groupe MODEM.*)

M. Sylvain Maillard. Excellent !

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

M. Gilles Lurton. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, chers collègues, ce n'est pas la première fois que nous examinons une proposition identique à celle que le groupe Nouvelle Gauche présente aujourd'hui.

Déjà, en 2016, à l'occasion du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, notre ancienne collègue Annie Le Houerou avait déposé un amendement visant à déconventionner les médecins qui décidaient de s'installer dans une zone sur-dotée, c'est-à-dire dans laquelle il y a déjà trop de médecins, soit des généralistes soit des médecins de la même spécialité.

Il est vrai, aussi, qu'il y a urgence à agir car, comme vous l'avez rappelé, monsieur le rapporteur, des milliers de Français peinent aujourd'hui à trouver un médecin à proximité de chez eux, créant ainsi dans notre population une véritable inégalité en matière d'accès aux soins.

Si, à l'époque, en 2016, j'avais pu me laisser séduire par la proposition de notre collègue, je me suis vite rendu compte combien elle était inopérante...

M. Christian Hutin. C'est dommage !

M. Gilles Lurton. ...et combien elle risquait d'aggraver encore la situation difficile dans laquelle nous nous trouvons. C'est ce que je vais essayer de vous démontrer.

Tout d'abord, monsieur le rapporteur, une chose m'étonne dans votre proposition de loi. Je veux parler des articles 2 et 3, qui visent à organiser le tiers payant dans les centres et les maisons de santé et, surtout, à garantir la prise en charge technique par l'État du tiers payant intégral.

En bref, vous nous réservez votre proposition inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé, proposition que j'ai combattue à cette tribune et qui ne manquera pas de créer pour les médecins des charges administratives supplémentaires.

M. Stéphane Le Foll et M. Guillaume Garot, rapporteur. C'est l'inverse !

M. Gilles Lurton. C'est tout le contraire de ce qu'il faut faire pour inciter les jeunes médecins à s'installer en libéral et pour éviter qu'ils ne s'orientent principalement vers l'hôpital ou vers une médecine plus encadrée administrativement, dans les cabinets d'assurance par exemple.

Ces articles 2 et 3, monsieur le rapporteur, sont totalement contre-productifs pour atteindre l'objectif de lutte contre la désertification médicale, que vise l'article 1^{er}.

En résumé, un médecin qui s'installe dans une zone définie comme sur-dotée par l'agence régionale de santé sera déconventionné par l'assurance maladie, sauf si un médecin libéral de la même zone cesse son activité.

Votre proposition de loi, monsieur le rapporteur, si elle part d'une bonne intention, est totalement inopérante. Surtout, elle oublie toutes les raisons qui font que, entre 2007 et 2017, le nombre de médecins généralistes a baissé de plus de 9 000, sans compter tous ceux qui partiront à la retraite d'ici à deux ou trois ans.

Cette situation est le fruit du *numerus clausus*, qui a été très largement diminué dans la décennie 1990. Elle est liée au fait qu'un médecin sur cinq n'exerce pas une profession de soins. Nous savons aussi qu'aujourd'hui les médecins veulent une situation plus compatible avec leur vie personnelle.

M. Stéphane Le Foll. On est d'accord avec ça !

M. Gilles Lurton. Fini le médecin de famille qui accepte d'assumer soixante-dix à quatre-vingts heures de travail par semaine, même si je sais qu'il en existe encore aujourd'hui, auxquels je rends hommage. Finies les gardes du week-end pour bon nombre de médecins généralistes.

J'ai une conviction, celle que la coercition ne résoudra en rien le problème. Si vous obligez ces médecins généralistes à s'installer dans un endroit où ils ne souhaitent pas aller, vous ne ferez qu'accentuer une situation déjà extrêmement complexe.

M. Brahim Hammouche. Tout à fait !

M. Gilles Lurton. J'ajoute que, par une telle proposition, vous prenez le risque de voir des jeunes médecins s'installer dans des zones sur-dotées, acceptant ainsi le risque d'être déconventionnés. Ils pratiqueront des tarifs largement supérieurs aux tarifs normaux de remboursement de la Sécurité sociale, au détriment des patients, et accentueront ainsi ce que nous ne voulons pas, c'est-à-dire une médecine à deux vitesses.

M. Brahim Hammouche. Absolument !

M. Gilles Lurton. C'est une inégalité inacceptable. Il y aura ceux qui peuvent payer et qui seront soignés, et ceux qui ne le peuvent pas. Nous ne saurions tolérer un tel recul.

En conclusion, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, oui, la situation est grave. Elle est grave dans le département de la Mayenne; elle risque aussi de le devenir dans des zones littorales comme ma circonscription de Saint-Malo.

Face à une telle situation, j'ai entendu notre rapporteur général du budget de la Sécurité sociale nous proposer de mettre fin au *numerus clausus*. J'ai du mal à croire en l'efficacité d'une telle mesure, qui ne produira ses effets que dans dix à quinze ans.

M. Jean-Paul Lecoq. Dans quinze ans, au moins, la situation s'améliorera!

M. Gilles Lurton. Je crains aussi que les universités de médecine mais également les hôpitaux dans lesquels sont accueillis les jeunes stagiaires et les internes n'aient pas la capacité d'assumer une augmentation de leur nombre.

M. Stéphane Le Foll. Que proposez-vous?

M. Gilles Lurton. Le sujet sur lequel nous devons nous pencher, c'est l'attractivité de la profession et la revalorisation de la situation des médecins libéraux. D'abord, par la diminution des charges administratives – tout le contraire de la généralisation du tiers payant.

M. Stéphane Le Foll. Oh!

M. Gilles Lurton. Ensuite, par la facilitation de la création de maisons de santé à l'instigation des professionnels et en partenariat avec les communes;...

M. Jean-Paul Lecoq. On l'a fait! Les communes paient pour recruter!

M. Gilles Lurton. ...par la couverture de tout le territoire en haut débit et en téléphonie mobile, permettant le développement de la télémedecine, pour laquelle nous avons beaucoup tardé.

Enfin, par la redynamisation de nos secteurs ruraux, actuellement totalement négligés. C'est la raison pour laquelle je milite avec détermination pour une loi sur la ruralité. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LR.*)

M. Stéphane Le Foll. Eh bien, avec ça...

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

Mme Emmanuelle Ménard. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, depuis plus de dix ans, le thème de la désertification médicale est repris en boucle dans l'hémicycle sans que l'on ait jamais réussi à enrayer le phénomène.

Au vu des promesses d'Emmanuel Macron, on aurait pu s'attendre à un peu plus que les quelques mesures annoncées en octobre dernier. Certes, il faut saluer la volonté de doubler le nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles, de favoriser les stages chez les médecins libéraux, de permettre des exercices partagés ou de développer des consultations avancées. Mais cela suffira-t-il?

Ce matin, les députés du groupe Nouvelle Gauche proposent autre chose. Pragmatique, leur proposition me semble pouvoir contribuer à remédier au problème des déserts médicaux. Subordonner l'installation d'un médecin libéral à la cessation d'activité d'un autre médecin libéral dans les zones où il existe un fort excédent de praticiens devrait mettre fin à la surconcentration des médecins sur de nombreux territoires. Mais cela ne règlera pas pour autant notre problème de désertification médicale.

Il nous faut réfléchir à long terme. La France vit un étrange paradoxe: elle n'a jamais compté autant de médecins – près de 216 000 praticiens en activité étaient recensés au 1^{er} janvier 2017 –, tandis que les déserts médicaux s'étendent. Près d'un Français sur dix vit dans un désert médical. Les populations résidant dans une zone rurale isolée souffrent particulièrement de cette pénurie. Il en va de même dans la grande couronne des principaux centres urbains. Et l'on rencontre même des déserts médicaux dans les centres de villes moyennes. Je vous suggère donc pour ma part d'explorer deux pistes.

Premièrement, il convient d'inciter à l'installation dans ces zones spécifiques, par exemple par le biais de réductions d'impôt ou de la possibilité de facturer plus cher un acte aux patients – les propositions ne manquent pas –, avec bien sûr, en compensation, un remboursement plus élevé.

La seconde piste n'est pas nouvelle: elle concerne le *numerus clausus*, passé sous silence alors qu'il faisait l'objet de l'une des promesses de campagne d'Emmanuel Macron.

Le 29 décembre dernier, le *numerus clausus* a été porté, pour l'année 2018, à 8 205 places, soit 1 % de plus que l'année dernière, alors que près de 60 000 étudiants se préparent chaque année au concours. Cette trop légère augmentation n'est pas à la mesure des enjeux. Rappelons qu'actuellement, sans les médecins titulaires d'un diplôme obtenu à l'étranger, certains hôpitaux ne pourraient pas fonctionner. Entre 2007 et 2017, le nombre de médecins exerçant en France avec un diplôme étranger a été multiplié par deux, et il devrait atteindre 30 000 en 2020.

Notre collègue Olivier Véran le confirme: « Le *numerus clausus* n'est qu'un instrument qui empêche les jeunes Français de faire médecine en France. Aujourd'hui, plus d'un quart des nouveaux inscrits à l'Ordre ont obtenu leur diplôme à l'étranger. » Pour lui, le diagnostic est simple: « On écarte précocement des étudiants brillants et motivés qui auraient fait d'excellents médecins, pour finir par en retenir, voire en chercher d'autres, dont la formation est inégale. » Cette situation ne peut continuer.

Vous m'avez déjà répondu, madame la ministre, que, selon vous, ouvrir le *numerus clausus* ne serait pas la bonne solution, puisqu'il faut dix ans pour former un médecin et que cette mesure n'aurait donc pas d'effet immédiat. C'est vrai, et c'est pourquoi il faut chercher d'autres solutions. Mais n'est-il pas temps de préparer notre système de santé de demain? Et s'il faut dix ans pour former de nouveaux médecins, qu'attendons-nous pour nous y mettre?

La vérité, c'est qu'il faudrait tout repenser, en associant politique à court terme et politique à long terme. Or, pour inverser la tendance et revoir notre système, il faut être à l'écoute des praticiens. Et que disent-ils donc? Vous le savez, ils sont majoritairement opposés à la généralisation du tiers payant, pour des raisons tenant aux garanties de paiement et à la simplicité de procédure. Ainsi, mes chers collègues, votre proposition de loi, qui tente de refaire passer par la petite porte la généralisation du tiers payant, démontre simplement que vous n'êtes pas encore assez à l'écoute des praticiens, que vous prétendez défendre.

Madame la ministre, mes chers collègues, quand aurons-nous le courage d'une profonde réforme au service des médecins, pour que ces derniers puissent être à 100 % au service de leurs patients?

M. le président. La parole est à Mme Mireille Robert.

Mme Mireille Robert. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, garantir l'accès aux soins à tous les Français sur l'ensemble du territoire national est évidemment une nécessité, nous l'avons tous rappelé. Personne ne saurait donc nier que cette proposition de loi s'attaque à un problème réel, grave et central dans le débat public.

Toutes les régions sont concernées : zones périurbaines, cœur de certaines villes, zones rurales. Ces dernières sont particulièrement en souffrance. Par exemple, l'Aude, département où je suis élue, a connu un recul de 22 % du nombre de ses généralistes entre 2007 et 2016, ce qui aboutit à l'une des plus faibles densités de médecins par habitant au niveau national. Le constat est malheureusement identique s'agissant des spécialistes.

Le conventionnement sélectif des médecins libéraux permettrait, d'après la proposition de loi, de remédier à l'insuffisance de l'offre de soins sur certains territoires. *A contrario*, le non-conventionnement devrait avoir pour effet de décourager l'installation de médecins dans les zones qualifiées de « sur-denses ». C'est possible, mais pas certain – il faudrait déjà que ces zones existent. Et qui nous dit que les médecins iront s'installer dans les zones sous-denses ?

Les études d'impact montrent que, quand on régule, le problème est le même dans tous les pays : on réduit l'installation dans les zones sur-denses et les professionnels s'installent dans leur périphérie. C'est le cas dans la vallée du Saint-Laurent, seule région peuplée du Québec, et dans la région de Berlin, où les médecins se sont installés aux alentours, dans le Brandebourg.

Vous aurez aussi observé que les médecins ont dit et redit leur opposition à cette régulation. Aucune concertation n'a encore été menée alors que c'est à cette condition que nos mesures peuvent réussir. Car, si le projet n'est pas porté par les professionnels de santé, il est voué à l'échec. À cet égard, nous avons la chance que notre ministre de la santé ait su établir le dialogue avec les médecins et bénéficie de leur confiance.

En outre, le problème me paraît plus global. La désertification médicale interroge l'évolution de notre société, marquée par le vieillissement de la population. Elle questionne la pratique de la médecine, quand on sait que les médecins se tournent de plus en plus vers le salariat. Elle renvoie à la question plus large du manque d'attractivité des zones rurales et des autres zones en difficulté.

L' *Atlas de la démographie médicale en France*, publié en octobre 2017 par l'Ordre des médecins, montre que les territoires souffrant de difficultés d'accès aux soins sont aussi affectés par d'autres fragilités : problèmes de couverture numérique, d'aménagement du territoire, difficultés socio-économiques. Prenons l'exemple de ma circonscription audoise, coïncée entre Montpellier, à deux heures de route, et Toulouse, à une heure trente. Quand ils veulent s'installer, les médecins nous demandent de trouver un travail adapté aux compétences de leur conjoint et un endroit où leurs enfants pourront faire des études.

La désertification médicale provient d'abord du manque d'attractivité économique, ensuite de la méconnaissance de la ruralité, le cas échéant. S'installer à la campagne, c'est souvent un choix de vie. Il est de notre responsabilité d'élus d'expliquer nos belles campagnes aux médecins, de les convaincre, de les y attirer, et certainement en y

œuvrant dès l'université. Sinon, les médecins préféreront le déconventionnement à l'installation en zone sous-dense, au détriment des patients.

À la ville comme à la campagne, votre proposition risque d'inciter les médecins à sortir du système de santé pour s'orienter, par exemple, vers l'industrie pharmaceutique.

Je vous remercie toutefois, monsieur Garot, de m'avoir donné, en déposant ce texte, l'occasion de rappeler que le Gouvernement a d'ores et déjà proposé des solutions, à travers le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins, présenté en octobre dernier. Ce plan fait confiance au corps médical et favorise les initiatives locales innovantes. Il s'appuie sur les acteurs de proximité et sur les agences régionales de santé afin de trouver des solutions plus efficaces et adaptées aux territoires. Accompagnons nos médecins pour résoudre le problème de la désertification médicale ! Laissons-les s'emparer des outils que le plan leur propose ! Doublons le nombre de maisons de santé pluridisciplinaires ! Permettons les exercices partagés ! Accélérons le recours à la télémédecine ! La victoire sur la désertification médicale passera par la coordination entre professions médicales et par des mesures adaptées à chaque territoire, qu'il soit urbain, périurbain ou rural. C'est un travail de dentelle dont nous sommes capables. Nous, qui vivons ce problème au quotidien, attendons avec confiance les résultats de ces mesures.

Voilà pourquoi j'appelle à voter pour la motion de renvoi en commission que défendra notre collègue Marc Delatte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM et sur plusieurs bancs du groupe MODEM.*)

M. le président. La parole est à M. Thomas Mesnier.

M. Thomas Mesnier. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, cette proposition de loi du groupe Nouvelle Gauche touche à un sujet que nous vivons toutes et tous au quotidien dans nos circonscriptions : la présence médicale sur les territoires et les moyens permettant d'assurer un égal accès aux soins à l'ensemble de la population.

Sans revenir sur les chiffres exposés par le rapporteur, je veux souligner que, pour l'essentiel, je partage son constat. Oui, l'évolution de la démographie médicale, en particulier celle des médecins généralistes, et leur répartition sur le territoire sont préoccupantes. Non, cette évolution à la baisse ne devrait pas s'inverser avant 2025, alors que les besoins en santé augmentent dès à présent, du fait du vieillissement de la population et des pathologies qui lui sont inévitablement liées. Le Gouvernement et la majorité ont pleinement conscience de ces défis et de l'urgence à répondre aux attentes des Français sur ces questions.

Nous partageons le diagnostic mais nous ne sommes pas d'accord sur le traitement. Pourquoi ? Parce que La République en marche a le souci de proposer des solutions pragmatiques, efficaces et coordonnées.

Je ne reviendrai pas en détail sur les nombreux problèmes que pose le conventionnement sélectif, une fausse bonne idée, notamment parce qu'il aggrave l'inégalité financière devant les soins. Si cette solution est la bonne, comment expliquer qu'un pays comme l'Allemagne en dénonce les effets pervers, constatant qu'elle n'a nullement permis de réorienter les médecins vers les zones les moins bien dotées ?

Pour notre part, nous avons décidé d'agir et d'aller de l'avant ensemble, avec les professionnels de santé. Les solutions que nous proposons sont à la hauteur des enjeux. Elles passent, comme l'ont expliqué mes collègues, par les

mesures que nous avons votées en décembre dans la loi de financement de la Sécurité sociale et par la confiance retrouvée avec les professionnels de santé, sans lesquels il est impossible d'envisager des réponses pérennes.

Surtout, ces solutions sont concrétisées par le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, qui a été présenté en octobre par le Premier ministre et par vous-même, madame la ministre. Je suis, aux côtés de la sénatrice Élisabeth Doineau et du médecin Sophie Augros, l'un des trois délégués à l'accès aux soins désignés dans ce cadre. Il nous revient de suivre la mise en œuvre du plan en faisant remonter du terrain tant les bonnes pratiques que les points de blocage observés. Ainsi, dès l'annonce du plan, le volet du suivi et de l'évaluation a été prévu, selon une démarche qui a trop souvent fait défaut par le passé. C'est aussi cela, le changement de méthode !

Ce plan pour l'égal accès aux soins propose en effet une méthode nouvelle, reposant, j'insiste, sur la coopération avec les professionnels de santé et sur la construction de solutions sur mesure pour les territoires. Il s'articule autour de quatre priorités : le renforcement de la présence et du temps médicaux sur nos territoires ; la mise en œuvre de la télémédecine ; l'amélioration de la coordination et le décloisonnement des modes d'exercice ; enfin, la confiance retrouvée avec les acteurs locaux et les professionnels de santé, pour des solutions viables et adaptées à la diversité de nos territoires.

Pour ce faire, le plan se donne les moyens de ses ambitions.

Il prévoit le doublement du nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles et le passage de 7 à 18 % de la part de la population française couverte par les zones éligibles aux aides incitatives à l'installation.

Il investit massivement dans le développement des modes d'exercice coordonnés, qui correspondent à la fois aux attentes des patients, pour une prise en charge globale, et aux aspirations des jeunes professionnels, dont l'évolution des modes de vie et des pratiques demande de repenser le modèle du médecin de famille.

Il prévoit le déploiement d'assistants partagés entre la ville et l'hôpital, qui répartiront leur temps de travail entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire en zone sous-dense.

Il favorise les stages en cabinet, hors des centres hospitaliers, des jeunes en formation et améliore leurs conditions d'accueil, pour redonner aux futurs médecins le goût de l'exercice libéral et les inciter à s'installer dans les zones en tension.

Il se donne les moyens d'opérer la révolution numérique en santé par l'entrée de la télémédecine dans le droit commun et l'investissement nécessaire à l'équipement numérique des établissements et centres de santé ainsi que des EHPAD – les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes –, au moment où le Gouvernement vient d'obtenir un accord historique avec les opérateurs pour couvrir en haut débit les actuelles zones blanches. On voit là le sens et la cohérence de l'action du Gouvernement et de la majorité au service des Français.

Ce plan, mes chers collègues, je pourrais vous en parler encore longuement, mais je préfère vous renvoyer au rapport d'évaluation que nous remettrons à la fin de l'année. J'aimerais simplement, en conclusion, souligner que si ce plan a été accueilli favorablement par les professionnels de santé de manière unanime et que les acteurs de terrain ont salué sa méthode, c'est parce qu'il répond enfin aux enjeux de l'accès

aux soins. Pour l'ensemble de ces raisons, nous ne pouvons que rejeter la présente proposition de loi. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM.*)

M. le président. La discussion générale est close.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Guillaume Garot, rapporteur. J'ai écouté toutes les interventions avec beaucoup d'attention. Les arguments employés par Mme la ministre ou par les collègues opposés à notre proposition de loi montrent qu'ils n'entendent pas la voix angossée qui monte des territoires urbains et ruraux.

M. Yannick Favennec Becot. Absolument !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Ils n'entendent pas l'inquiétude, la colère parfois, de millions de Français qui n'ont plus accès à un médecin près de chez eux. Ils nous disent que tout va continuer comme avant mais que cela ira mieux grâce à la télémédecine.

M. Gilles Lurton. C'est une caricature !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Croyez-vous vraiment que cela va régler le problème ? D'abord, pour que la télémédecine fonctionne, il faut de la fibre partout.

M. Yannick Favennec Becot. Eh oui ! Et c'est loin d'être le cas !

M. Guillaume Garot, rapporteur. On la déploie certes, mais petit à petit. Surtout, pour que la télémédecine fonctionne, il faut des « télémédecins », c'est-à-dire des médecins, et c'est bien le problème.

Vous nous dites donc que l'on va continuer comme on l'a toujours fait et que cela ira mieux. Non, vous le savez, ce n'est pas ainsi que les choses iront mieux !

Et vous avez refusé l'idée de régulation, sans que je comprenne bien pourquoi.

Mme Delphine Batho. Très bien !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Olivier Véran nous a dit, ou plutôt asséné, sans nous expliquer pourquoi, que cela ne marcherait pas. Pour quelles raisons cela ne marcherait-il pas ? On n'a jamais essayé ! Essayons, évaluons, et tirons-en les conséquences ! Il faut commencer par mettre en œuvre la régulation comme outil d'efficacité pour toutes les politiques d'incitation menées depuis dix ans et aujourd'hui confirmées.

Nos collègues Grelier et Lurton nous ont reproché de ne pas parler de formation, ni de protection sociale pour les médecins, ni du *numerus clausus*.

M. Philippe Vigier. Eh oui !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Certes, mais nous appelons à ce que toutes ces questions soient évoquées dans le cadre du contrat national entre notre pays et ses médecins : c'est à l'intérieur de ce contrat que nous devons poser les choses.

Et ne refusez pas aujourd'hui l'idée de la régulation, parce que c'est le nouveau pilier dont on a besoin pour que, demain, chacun ait accès à une santé de qualité !

Heureusement, j'ai aussi entendu des remarques justes et positives, comme celles de Philippe Vigier, qui s'est prononcé pour une définition plus précise des zones sous-denses et sur-denses. Je le rejoins complètement sur ce point.

M. Yannick Favennec Becot. C'est une bonne chose !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Dans le cadre de notre proposition, nous renvoyons au ministère de la santé et aux ARS le soin de définir précisément la carte des territoires sous-denses et sur-denses, afin que l'on dispose de l'approche la plus fine possible de la politique à mettre en œuvre.

Il y a une réalité à laquelle nous n'échapperons pas : la situation est en train de s'aggraver durement. Aujourd'hui, un médecin sur deux a plus de soixante ans, et les inégalités se creusent entre les territoires qui accueillent de plus en plus de médecins et ceux qui en accueillent de moins en moins. C'est à cette réalité-là qu'il faut répondre.

Enfin, vous aurez remarqué ce matin que cette proposition de loi est soutenue non seulement par les socialistes, qui en sont à l'origine, mais aussi par les députés des groupes FI et GDR, et, sur les bancs de la droite, par l'UDI.

M. Yannick Favennec Becot. Eh oui !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Or j'avais entendu un candidat à la présidentielle, Emmanuel Macron, nous dire qu'il prendrait les bonnes idées, à droite et à gauche. (*Applaudissements sur les bancs des groupes NG, UAI et GDR. – Exclamations sur les bancs du groupe REM.*)

Mme Valérie Rabault. Bravo !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Or voilà une idée soutenue à la fois par la droite et la gauche, et vous la refusez ! C'est incompréhensible pour les Français ! Nous sommes déçus, parce que vous n'êtes pas au rendez-vous des engagements pris ni à celui de l'efficacité attendue par les Français. (*Applaudissements sur les bancs des groupes NG et GDR.*)

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je n'avais pas prévu de reprendre la parole mais ce que je viens d'entendre de la part de M. Garot m'oblige à le faire. S'il y a une chose dont j'ai pris conscience en prenant la tête de ce ministère, c'est la souffrance des Français face à la difficulté à trouver un médecin.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Eh bien, alors ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est la raison pour laquelle ma première action a consisté à présenter un plan pour l'égal accès aux soins.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Notre proposition de loi s'inscrit dans sa continuité.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il a été le premier plan présenté par ce ministère, et il a été construit en un été. Vous dites que je continue les vieilles mesures, mais ce plan contient vingt-six mesures, et vous n'êtes pas capable d'en citer cinq ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM. – Exclamations sur les bancs des groupes LR, NG et UAI.*)

M. Gilles Lurton. Bravo !

M. Guillaume Garot, rapporteur. Mais si ! Vous voulez jouer au quiz ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Aucun d'entre vous ne l'a lu !

M. Yannick Favennec Becot. On n'est pas à l'école !

Mme Delphine Batho. Rappel au règlement !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ce qui est fascinant, c'est que chacun d'entre vous a proposé des mesures qui existent déjà dans le plan ! Mais vous ne l'avez pas lu ! (*Mêmes mouvements.*)

M. le président. Veuillez écouter la ministre, mes chers collègues !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Puisque beaucoup d'entre vous ont formulé des propositions qui existent déjà dans ce plan, je vous conseille de prendre en compte les efforts considérables que nous avons accomplis pour imaginer des mesures pragmatiques et attendues qui vont répondre aux besoins des Français.

Au demeurant, beaucoup d'entre vous, qui ont été au pouvoir il y a cinq ans ou dix ans, nous disent qu'ils possèdent enfin la solution. S'ils l'avaient eue, nous ne serions pas dans la situation dans laquelle nous sommes aujourd'hui ! (*Applaudissements sur les bancs des groupes REM et MODEM.*)

Rappel au règlement

M. le président. Je donne la parole à Mme Delphine Batho, pour un rappel au règlement et pas pour autre chose. N'est-ce pas, ma chère collègue ?

Mme Delphine Batho. Bien entendu ! Il s'agit du déroulement de notre séance, monsieur le président. Je tiens simplement à rappeler à Mme la ministre qu'il n'est pas coutume que le débat parlementaire se tienne sur un ton scolaire. (*Exclamations sur les bancs du groupe REM*),...

M. Christian Hutin. Bravo !

M. Yannick Favennec Becot. Très bien !

M. Gilles Lurton. Oh ! Comme si nous n'avions pas connu ça auparavant ! Que ne faut-il pas entendre !

Mme Delphine Batho. ...en mettant en doute les connaissances de nos collègues sur les décisions annoncées par le Gouvernement. Compte tenu du nombre d'auditions auxquelles a procédé Guillaume Garot avant de déposer cette proposition de loi, sa compétence et sa connaissance des réalités de terrain et du vide de vos décisions ne sauraient être mises en cause. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe NG.*)

M. Christian Hutin. Très bien !

MOTION DE RENVOI EN COMMISSION

M. le président. J'ai reçu de M. Richard Ferrand et des membres du groupe La République en marche une motion de renvoi en commission, déposée en application de l'article 91, alinéa 10, du règlement.

La parole est à M. Marc Delatte.

M. Marc Delatte. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, chers collègues, les déserts médicaux – l'image est évocatrice – sont des lieux par définition abandonnés, dépeuplés, et les adjectifs les qualifiant, eux, ne manquent pas. Dans le département de l'Aisne, cher à mon ami Jean-Louis Bricout, le désert, ou plutôt le manque de médecins, est arrivé par le nord, en Thiérache, et, d'année en année, il s'est étendu au sud, touchant également les zones périurbaines. La profession a vieilli et des cabinets ont fermé, tout comme l'école ou la boulangerie du village. L'image idéalisée du médecin de campagne des romans de Balzac est révolue. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Paradoxalement, cela a été dit, la France n'a jamais compté autant de médecins inscrits à l'Ordre – 216 000 sont en activité. Cependant, leur répartition sur le territoire est très hétérogène, avec un ratio de 3,48 pour mille habitants en Île-de-France et de 2,10 dans ma région, en Picardie, et dans le Centre. C'est donc une question importante.

Aujourd'hui, la population médicale est vieillissante et les effectifs sont décroissants : nous avons perdu 14 000 médecins généralistes en quinze ans, avec un effectif de 88 000 en 2017, et l'activité mixte, salariée et libérale, se développe. Il faut ajouter à cela des temps de consultation plus longs, dus à une inflation des affections de longue durée et à une patientèle également vieillissante. En outre, le temps administratif ampute le temps médical disponible. Les plus jeunes sont de moins en moins attirés par l'exercice libéral – on enregistre une baisse de 25 % des installations en exercice libéral – et beaucoup préfèrent remplacer plutôt que s'installer. L'attractivité d'un territoire compte tout autant dans la perspective d'une potentielle installation. Notre gouvernement a bien saisi l'ampleur de la tâche et engage une politique volontariste de désenclavement du territoire, que ce soit en faveur des infrastructures, des maisons de services publics ou de la couverture numérique.

À partir de ce constat, on pourrait être tenté d'imposer des mesures dirigistes, comme le conventionnement sélectif pour les installations des médecins, comme le proposent nos collègues du groupe Nouvelle Gauche.

M. Hervé Saulignac. Vous vous moquez du monde !

M. Marc Delatte. D'aucuns y ont déjà pensé ; ce n'est pas nouveau.

M. Jérôme Lambert. Ça n'a jamais été fait !

M. Marc Delatte. Mais je me permets de vous mettre en garde : toute mesure coercitive est dissuasive et contre-productive.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Notre proposition n'est pas coercitive !

M. Marc Delatte. Les présidents successifs du Conseil national de l'Ordre le répètent, voire le martèlent, comme tout récemment Patrick Bouet, de même que les syndicats médicaux et les professionnels de santé.

D'abord, nous n'avons pas de zones sur-denses ; même dans l'arrière-pays niçois, il y a des zones désertées. Cette proposition aurait aussi un effet dissuasif sur les vocations et les installations, entraînerait une remise en question profonde des relations conventionnelles et engendrerait un climat délétère avec la profession médicale, à l'heure où, précisément, nous retissons le lien avec les professions de santé par le dialogue et l'écoute, mais où le burn-out reste fréquent et où l'on enregistre des taux de suicide bien plus élevés que parmi la population générale. Je ne connais pas d'entreprise qui fonctionne bien dans un mauvais climat social. Avec cette proposition, qui déshabille Pierre pour habiller Paul, le patient, *in fine*, ne serait pas remboursé de sa consultation.

Comprenons que la médecine ne peut plus être comme avant. Nos jeunes collègues, s'ils sont mus, comme leurs aînés, par l'esprit de service et de solidarité, ne veulent plus travailler soixante heures par semaine. Ils aspirent à une vie de famille, à dédier leur temps professionnel à un réel temps médical, à de moindres contraintes administratives et à travailler ensemble dans un exercice regroupé et en un lieu

où les services soient accessibles. Être disponibles pour les autres, c'est aussi l'être pour soi-même. Prendre soin, c'est dans la réciprocité. Nous les comprenons.

C'est pourquoi il nous faut repenser notre système de soins et se donner les moyens, tout en introduisant plus d'humanité et de solidarité, pour améliorer l'accès de tous, notamment des plus fragiles, à l'heure où notre population vieillit. Voilà la priorité ! Cela passe par le dialogue, la concertation et la confiance envers celles et ceux qui œuvrent tous les jours pour le bien de nos concitoyens, non seulement les professionnels de santé, mais aussi les élus, les familles et les représentants des usagers.

Nous saluons donc le nouveau plan pour renforcer l'accès aux soins, présenté le 13 octobre dernier par M. le Premier ministre et Mme la ministre des solidarités et de la santé. Privilégiant la responsabilité et les initiatives innovantes adaptées aux spécificités locales, s'appuyant sur les acteurs locaux et les agences régionales de santé, ce plan se veut efficace et adapté aux territoires, à l'écoute des professionnels de santé.

Les propositions, destinées à être très rapidement effectives, ont pour but d'assurer cet égal accès aux soins pour tous, en toute équité. Dès lors, il faut favoriser les dispositifs d'exercice regroupé, comme les centres de santé, les cabinets médicaux de groupe et les maisons de santé pluridisciplinaires. On en recense 910 actuellement, 334 sont en cours de réalisation et ce chiffre doublera d'ici à cinq ans – 400 millions d'euros y seront consacrés sur le quinquennat.

Le dispositif ASALEE sera pérennisé afin de prendre en charge les pathologies chroniques comme le diabète. Ces collaborations entre acteurs de santé amélioreront la prise en charge des patients tout en générant du temps médical.

Redonner du temps médical, cela passe également par une diminution aussi importante que possible des contraintes administratives, grâce à la création d'un guichet unique pour l'ensemble des démarches à effectuer. Ce seront également 200 millions d'euros d'aides conventionnelles à l'installation renforcées qui seront consacrés sur cinq ans aux zones sous-denses, avec une couverture par les zones éligibles passant de 7 à 18 % du territoire.

Renforcer l'accès et l'offre de soins au service des patients, c'est aussi assurer une présence des soignants accrue, pérenne et continue. Dès cette année, des postes de médecins en exercice partagé – pour partie salariés à l'hôpital et pour partie libéraux – seront proposés aux jeunes diplômés là où l'offre de soins est insuffisante.

C'est encore la généralisation des contrats de médecin adjoint dans les zones sous-denses – plus seulement dans les zones à fort afflux touristique ou en cas d'épidémie –, le développement des consultations avancées, la facilitation du cumul entre emploi et retraite des médecins libéraux grâce au relèvement du plafond annuel en deçà duquel le médecin est en droit d'être dispensé de cotiser au régime prestation complémentaire vieillesse, la facilitation des remplacements et de l'exercice mixte par l'ouverture d'une option d'affiliation au seul régime général et la diminution des charges relatives à l'exercice libéral, la simplification de la prise en charge des patients en situation complexe grâce à la convergence des dispositifs d'appui aux parcours complexes.

Renforcer l'image de la médecine libérale, notamment du médecin généraliste, c'est aussi favoriser les stages extra-hospitaliers pour susciter des vocations. Cela passe également par une revalorisation de l'indemnité des maîtres de stage en zone sous-dense et par un meilleur accueil des stagiaires.

Il est essentiel de financer les projets innovants des acteurs de terrain que sont les professionnels de santé, en lien avec les usagers, les collectivités locales et les élus, afin de tisser des liens de confiance. En vertu de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale, ces projets seront soutenus par le fonds national pour l'innovation organisationnelle, pris en compte dans l'ONDAM – l'objectif national des dépenses d'assurance maladie – et appuyés par les ARS ; 10 millions d'euros de crédits supplémentaires leur seront consacrés cette année.

Assurer la permanence des soins non programmés de médecine générale, aux heures d'ouverture des cabinets, témoigne de notre confiance envers les professionnels de santé qui assurent quotidiennement leur mission de service public et participent à diminuer l'affluence dans les services d'urgence.

Un autre volet du plan porte sur l'innovation. La télémédecine sera généralisée. La loi prévoit désormais une prise en charge financière de cette révolution numérique pour accompagner l'équipement des établissements médico-sociaux, des hôpitaux de proximité, des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres de santé, des EHPAD et de toutes les structures d'exercice coordonné en zones sous-denses à l'horizon 2020, améliorant la qualité de suivi des patients et évitant les hospitalisations inutiles. Les crédits du fonds d'intervention régional pour le développement de la télémédecine sont doublés en 2018, atteignant 18 millions d'euros. Enfin, une réflexion est engagée quant au mode de rémunération de la télémédecine. Ces crédits participeront également à la généralisation du dossier médical personnel et de la prise de rendez-vous en ligne pour les hôpitaux et structures ambulatoires.

Le dialogue et la concertation ont permis de développer fortement la pratique du tiers payant, depuis 2015, pour les patients en situation de précarité, notamment les allocataires de la CMU-C, les patients en ALD – affection de longue durée – et les bénéficiaires de l'assurance maternité.

Si la généralisation du tiers payant était prévue par la loi de 2016 de modernisation de notre système de santé, les conclusions de l'IGAS ont pointé de nombreuses difficultés dans sa mise en œuvre pour les professionnels de santé. Ces difficultés appellent une plus grande concertation avec les parties prenantes – assurances maladie et complémentaires, professionnels de santé, assurés, éditeurs de logiciels – pour redéfinir un calendrier opérationnel et identifier les publics prioritaires. Ces difficultés de généralisation à l'ensemble de la population ont conduit à supprimer l'obligation de pratiquer le tiers payant au 30 novembre 2017. Un rapport sera rendu sur ce sujet d'ici au 31 mars 2018.

M. Stéphane Le Foll. Ah ! Si un rapport est prévu, nous sommes très contents ! *(Sourires.)*

M. Marc Delatte. Pour autant, le tiers payant est obligatoire et inscrit dans la loi pour les personnes en ALD et les bénéficiaires de l'assurance maternité, avec un excellent retour des professionnels de santé.

C'est pourquoi l'objectif du Gouvernement et de la majorité est d'ores et déjà que le tiers payant soit généralisable et non pas obligatoire, avec une mise en œuvre progressive pour la part obligatoire et complémentaire, grâce à des outils fiables et simples d'utilisation. Il doit être prioritairement destiné aux patients les plus fragilisés.

Sachez encore que 60 % des médecins pratiquent déjà le tiers payant et que ceux-ci ne s'opposent pas, vent debout contre le système, pourvu qu'il fonctionne.

Comme l'ensemble des députés, le groupe La République en marche est animé par le souci de lutter contre la désertification médicale. Il soutient le plan gouvernemental de renforcement de l'accès territorial aux soins, inscrit dans la loi de financement de la Sécurité sociale, qui doit être mis en œuvre en privilégiant le dialogue et la concertation avec les professionnels de santé, lesquels assurent leur mission de service public en toute responsabilité.

Même si la proposition de loi de nos collègues du groupe Nouvelle Gauche prônant le conventionnement sélectif et la généralisation du tiers payant a permis d'ouvrir le débat, et même si les multiples auditions conduites par le rapporteur Guillaume Garrot ont été de très grande qualité et ont apporté un nouvel éclairage sur la situation des territoires, nous ne pouvons pas cautionner ce texte. Opposé aux mesures coercitives, le groupe La République en marche a le souci de suivre le travail engagé, dont l'efficacité sera évaluée. C'est pourquoi nous avons choisi de vous soumettre une motion, non pas de rejet préalable, mais de renvoi en commission. Les députés du groupe La République en marche et le Gouvernement n'ont pas choisi la voie de la coercition mais celle du dialogue, de la confiance et de la concertation. *(Applaudissements sur les bancs des groupes REM et MODEM.)*

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Guillaume Garot, rapporteur. Je souhaite répondre à Marc Delatte. Cette motion de renvoi en commission est une manœuvre,...

Mme Cécile Untermaier. C'est évident !

M. Guillaume Garot, rapporteur. ...destinée à éviter de prendre position sur le fond et à enterrer cette proposition de régulation. En commission, nous avons eu un débat extrêmement riche et nous avons mené des auditions, ensemble d'ailleurs. Le moment est venu d'agir parce que l'urgence nous le commande.

Quel que soit le vote qui interviendra dans quelques minutes, sachez que notre groupe ne renoncera pas, comme sans doute bien d'autres ici. Nous continuerons à défendre cette idée qui, j'en suis convaincu, est une idée d'avenir, qui nous permettra de résoudre le problème de la désertification médicale, qui entraîne une souffrance pour tous les Français, patients et médecins. Écoutez-nous ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe NG.)*

M. le président. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales. Je commencerai par remercier le rapporteur pour le travail qu'il a accompli et pour son indéniable sincérité dans ce combat. Ce débat ne nous fait pas peur, et je vous remercie de l'avoir inscrit à l'ordre du jour. Le constat de l'existence de zones sous-dotées et de l'impatience de nos concitoyens est partagé sur tous les bancs – je le fais moi-même, au quotidien, dans ma propre circonscription, qui n'est pas épargnée.

Le rapporteur a rappelé que certains d'entre nous – j'en étais, et j'en suis fière – avaient voté, sous la législature précédente, l'amendement Le Houerou, dont l'objectif était identique à celui de la proposition de loi présentée ce matin. J'agis pour ma part auprès des étudiants en médecine, et, lorsque je vais à leur rencontre, je bannis deux termes : « coercition », parce qu'ils y sont opposés, et « désert médical ».

M. Olivier Faure. C'est pourtant une réalité !

Mme Brigitte Bourguignon, *présidente de la commission des affaires sociales*. J'évite le discours misérabiliste, toujours utilisé par ceux qui défendent leur territoire, parce qu'il n'est pas attractif! Quand on a une vingtaine d'années, est-on séduit quand quelqu'un vous demande : « viens dans mon désert » ?

Ce que notre rapporteur oublie de dire, c'est que cet amendement a profondément divisé la plupart des groupes. Après vingt-quatre interventions en commission, il a été rejeté. Il l'a ensuite été en séance publique, avec l'avis défavorable de la ministre de l'époque.

M. Gilles Lurton. Oui, Marisol Touraine était contre!

M. Olivier Faure. Hélas!

Mme Brigitte Bourguignon, *présidente de la commission des affaires sociales*. C'est un constat! S'il divisait les députés, il faisait l'unanimité contre lui parmi les professionnels de santé – au passage, je souligne que nous saluons tous leur action mais qu'ils sont taxés, dans le même temps, de corporatisme.

Depuis le début des tentatives de maîtrise comptable des dépenses de santé, nous savons que l'on ne reformera pas notre système de santé contre les médecins, mais avec eux.

Mme Agnès Thill. Bravo!

Mme Brigitte Bourguignon, *présidente de la commission des affaires sociales*. C'est le choix que nous faisons, de concert avec le Gouvernement: celui de la confiance et non de la défiance, une confiance non pas aveugle mais exigeante. En tout cas, nous ne souscrivons pas au choix que vous proposez, celui du conventionnement sélectif, c'est-à-dire d'une forme de coercition qui ne dit pas son nom. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM.*)

M. le président. Nous en venons aux explications de vote sur la motion de renvoi en commission.

La parole est à Mme Gisèle Biémouret, pour le groupe Nouvelle Gauche.

Mme Gisèle Biémouret. Après tout ce qui a été dit, je voudrais vous parler de la population réelle de notre pays: elle vieillit, elle a besoin d'être soignée et rassurée car elle est isolée, en milieu rural mais aussi parfois en milieu urbain. Nous avons donc besoin de médecins.

J'entends vos propos sur la télé-médecine ou sur votre plan, et nous sommes évidemment d'accord avec vous. Mais nous savons que rien de ce qui a été fait jusqu'à présent n'a fonctionné. Le manque de médecins est de plus en plus criant. Les urgences sont surchargées, et cette situation ne changera pas s'il n'y a pas de généralistes pour accueillir les patients dont les pathologies ne sont pas très graves, car les enfants et les personnes âgées ont besoin d'avoir un professionnel en face d'eux.

De 2012 à aujourd'hui, je rappelle que 1 800 contrats d'engagements de service public ont été signés, que 1 000 maisons de santé ont été construites et que le *numerus clausus* a augmenté de 11 %. Pourtant, cela ne marche pas.

C'est pourquoi nous ne voterons pas pour le renvoi en commission et nous continuerons à mobiliser la population, qui approuvera certainement notre proposition. (*Applaudissements sur les bancs du groupe NG.*)

Mme Cécile Untermaier. Très bien!

M. Olivier Faure. Il n'y a plus de temps à perdre, il faut agir!

M. le président. La parole est à M. Alexis Corbière, pour le groupe La France insoumise.

M. Alexis Corbière. Nous voterons contre la motion de renvoi en commission. Le débat doit avoir lieu. Cela suffit, il faut avancer!

Je n'aurai pas la cruauté de rappeler à nos collègues de La République en marche qu'au cours de la législature précédente, certains d'entre eux, déjà députés, mais sous une autre étiquette, avaient voté pour l'inverse de ce qu'ils disent ce matin. De grâce, mes chers collègues, votez sur le fond, au lieu de vous demander qui propose quoi! Arrêtons de perdre du temps en polémiques, surtout dans cet hémicycle! Allons à l'essentiel!

Je m'adresse à nos collègues qui soutiennent la politique du Gouvernement, avec, en matière de santé, l'austérité, des mesures qui portent atteinte à la Sécurité sociale, le virage ambulatoire. Les hôpitaux sont en crise et les mobilisations s'y multiplient, dans mon département, la Seine-Saint-Denis, comme ailleurs. Rien n'est fait pour régler le problème des déserts médicaux. Il est temps d'agir, et pourtant, vous refusez toute régulation.

Je suis enseignant. Quand on passe un concours, on s'attend à être nommé dans un autre département, dans une autre académie. C'est ainsi, et c'est le cas dans beaucoup de professions. D'où vient cette idée que, parce qu'on est médecin, il serait inconcevable que l'administration vous dise où vous allez travailler? Il s'agit pourtant, je vais dire le mot, d'un service public, certes sous une forme particulière. Pensez-vous qu'un enseignant, tout juste issu du concours, ait le droit de décider où il va travailler, et qu'il puisse refuser d'aller dans tel collège de province? D'où vient cette idée que, parce que vous avez fait plus d'études que les autres, vous avez le droit de vous détacher du quotidien des autres gens?

L'un des membres de ce gouvernement – je crois que c'était le ministre de l'intérieur – s'est permis de dire à des salariés creusois qu'ils n'avaient qu'à prendre le train pour trouver du boulot à 200 ou à 250 kilomètres de chez eux!

M. Alain Bruneel. On s'en souvient!

M. Alexis Corbière. J'ai souvent senti dans nos échanges qu'on ne parle pas de la même façon aux médecins qu'aux ouvriers et autres catégories populaires. Cet hémicycle n'est pas un désert médical; il y a même une surpopulation médicale, un lobby bien représenté! (*Applaudissements sur les bancs des groupes FI et GDR.*)

M. le président. Sur la motion de renvoi en commission, je suis saisi par le groupe Nouvelle Gauche d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Jean-Paul Lecoq, pour le groupe de la Gauche démocrate et républicaine.

M. Jean-Paul Lecoq. Ce matin, nous avons beaucoup entendu la voix des médecins; il faut entendre aussi celle des citoyens, des patients, des malades, des retraités, de tous ceux dont le médecin part en retraite. C'est encore arrivé ce mois-ci, au Havre: ses patients ont téléphoné à tous les médecins de l'agglomération havraise mais aucun d'entre eux, je dis bien aucun, n'a pu prendre de patients supplémentaires. Madame la ministre, vous êtes bien placée pour discuter avec l'ancien maire du Havre. Il vous dira qu'il a tout mis en œuvre, avec les élus des autres communes de l'agglomération, dont j'étais, pour ouvrir des maisons de santé, pour

que la première année de médecine puisse être suivie au Havre, pour que les étudiants en médecine disposent de logements à Rouen, afin que les jeunes Havrais puissent y étudier. Cela fait des années que nous essayons tout ! Résultat des courses : un médecin part en retraite, et ses patients n'ont plus de médecin.

M. André Chassaigne. Non-assistance à personne en danger !

M. Jean-Paul Lecoq. Conséquence, à l'hôpital du Havre – plus gros hôpital de France qui ne soit pas CHU –, l'attente aux urgences peut atteindre huit à neuf heures pour un simple renouvellement d'ordonnance.

M. André Chassaigne. Telle est la réalité !

M. Jean-Paul Lecoq. Rendez-vous compte ! Est-ce ainsi que vous entendez réduire le déficit de la Sécurité sociale ?

Je rappelle tout de même qu'en 1995, Alain Juppé, dans cet hémicycle, expliquait aux députés le déficit de la Sécurité sociale par le trop grand nombre d'actes, dû à un nombre excessif de médecins. Il fallait donc diminuer le *numerus clausus* pour faire moins d'actes et ainsi réduire le déficit. Résultat des courses : la crise que nous connaissons aujourd'hui et la détérioration de l'état de santé de la population.

La mesure proposée par le groupe Nouvelle Gauche – la répartition des médecins entre les territoires – ne sera pas nécessairement permanente. Il s'agit d'une mesure de crise, d'urgence ! Agissons maintenant pour que les médecins qui vont sortir diplômés cette année s'installent là où les besoins des patients sont les plus importants. Il faut entendre le message d'urgence auquel répond ce texte ; les patients attendent que le Gouvernement et le Parlement prennent des décisions.

Dans sa motion de renvoi en commission, M. Delatte – le docteur Delatte – a rappelé les propositions du Gouvernement. Mais l'effet de ces dernières, y compris celles concernant le *numerus clausus*, ne se fera pas sentir avant six, sept ou huit ans, alors qu'il est indispensable de trouver des solutions immédiates.

Nous vous demandons donc, madame la ministre, de faire œuvre utile en acceptant cette procédure de crise. Si la motion de renvoi en commission venait à être adoptée, ce devrait être pour rendre encore plus coercitif le texte, afin de le rendre plus efficace. (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR.*)

M. André Chassaigne. C'est une question de salut public !

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Rist, pour le groupe La République en marche.

Mme Stéphanie Rist. Nous sommes nombreux à partager le diagnostic qui fonde cette proposition de loi. La désertification médicale est en effet une réalité de plus en plus prégnante sur nos territoires. Pour y faire face, nous pouvons appliquer plusieurs traitements : nous pouvons répondre en suivant la juste émotion qui est la nôtre quand des citoyens doivent renoncer à des soins faute de médecins ou lorsque nous voyons des structures de santé fermer ; nous pouvons proposer des solutions populaires d'une évidence trompeuse ; nous pouvons combattre le problème en désignant du doigt sans le dire ceux qui devront porter nos réformes sur le terrain. La proposition de loi qui nous est présentée ce matin suit ce chemin injuste, par inefficacité et manque d'ambition.

Inefficacité, car le déconventionnement territorial n'empêchera jamais des médecins de s'installer dans une zone où la demande est importante et solvable, et il ne permettra pas non plus de repeupler des zones plus exposées à la désertification.

Manque d'ambition, car vous proposez de traiter le symptôme et non la cause.

Mme Cécile Untermaier. Ce n'est pas vrai ! Les deux sont complémentaires !

Mme Stéphanie Rist. Il existe une autre voie thérapeutique : la concertation, un travail de fond mené avec tous les acteurs. Cette démarche a été engagée par le Gouvernement. Nous avons déjà pu le constater au travers de mesures qui privilégient la confiance envers les acteurs de santé, la coopération, l'innovation et l'incitation. Grâce à cette démarche de respect, d'écoute, d'élaboration collective, les liens de confiance depuis longtemps éprouvés entre l'exécutif et les personnels médicaux se sont améliorés. Ce n'est pas un détail mais un élément essentiel pour permettre la transformation pérenne et structurelle de notre système de santé.

Comme vous, je le redis, nous avons conscience des difficultés rencontrées. C'est précisément la raison pour laquelle, même si elle réglait de manière temporaire et illusoire une partie du problème, nous ne pourrions pas nous contenter de cette proposition de loi. Nous, responsables politiques et acteurs de santé, devons nous donner les moyens de proposer une réponse efficace aux problèmes de la démographie médicale et de l'accès aux soins. C'est pourquoi nous voterons en faveur de la motion de renvoi en commission. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM.*)

M. Olivier Faure. Ce n'est pas une réponse !

M. le président. La parole est à M. Stéphane Viry, pour le groupe Les Républicains.

M. Stéphane Viry. Chacun en est conscient, il existe un véritable problème quant à l'offre de soins dans notre pays. Ce sujet nous divise, nous l'avons vu, mais le débat mérite d'être tenu afin d'apporter une vraie réponse. Les médecins manquent dans de trop nombreux espaces géographiques, dans de trop nombreux bassins de vie, au préjudice des populations. Notre groupe travaille sur cette question, en particulier Jean-Carles Grelier, afin de proposer un nouveau modèle.

Il n'en demeure pas moins que la proposition de loi présentée ce matin n'est pas satisfaisante. Nous n'y sommes pas favorables.

M. Olivier Faure. Dommage !

M. Stéphane Viry. Nous sommes attentifs à la démarche engagée, radicalement différente de celle du précédent quinquennat, consistant à rechercher une solution élaborée avec le corps médical et les médecins. Nous approuvons les arguments qui ont été avancés par notre collègue Delatte pour renvoyer cette proposition en commission. Nous souhaitons toutefois que le débat ait lieu dès à présent à l'Assemblée nationale. Nous voterons donc la motion.

M. le président. La parole est à M. Cyrille Isaac-Sibille, pour le groupe du Mouvement démocrate et apparentés.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je vous remercie de nous avoir donné l'opportunité de réfléchir sur la perte d'attractivité de la médecine libérale. En cela, vous avez été utiles. (*Sourires.*)

M. Christian Hutin. Merci !

M. Cyrille Isaac-Sibille. Mais la situation est complexe. À un véritable problème, vous apportez une mauvaise solution. (*Exclamations sur les bancs du groupe NG.*)

M. Olivier Faure. On connaît!

M. Stéphane Le Foll. Ne serait-il pas centriste? (*Sourires.*)

M. Cyrille Isaac-Sibille. Alors que la France n'a jamais formé autant de médecins, des milliers de postes hospitaliers restent vacants, les postes en intérim se multiplient et le recrutement de médecins étrangers augmente. Dans le même temps, au sortir de leurs études, seulement 12 % des jeunes s'installent en médecine libérale. Le nombre d'installations en libéral diminue. Je vous suis donc reconnaissant de vous intéresser à la médecine libérale.

La nouvelle génération de médecins veut changer de mode d'exercice, pour des raisons, que l'on peut comprendre, tenant au confort de vie. Plus nous augmenterons les contraintes pesant sur les médecins, moins la médecine libérale sera attractive et moins nos concitoyens auront accès à des médecins généralistes.

Le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires, présenté par le Gouvernement, propose des solutions intéressantes. Nous devons continuer à travailler sur des sujets comme le *numerus clausus*, le recentrage de l'activité des médecins, les modes d'activité mixte et mobile, l'apport de la télémédecine ou encore l'allègement de leur travail administratif pour leur redonner du temps médical.

Cette proposition de loi n'apporte donc pas la bonne solution, d'autant que le tiers payant généralisé ne fera qu'aggraver le problème en alourdissant la paperasse que doivent gérer les médecins. C'est pourquoi nous soutenons la motion de renvoi en commission et nous la voterons. Cependant, face à ce problème réel, nous pouvons former le vœu de trouver ensemble des vraies solutions. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes MODEM, REM et LR.*)

Mme Cécile Untermaier. La solution est dans notre proposition!

M. le président. La parole est à M. Yannick Favennec Becot, pour le groupe UDI, Agir et indépendants.

M. Yannick Favennec Becot. Dix-huit mois pour avoir un rendez-vous chez un cardiologue, six mois chez un ophtalmologiste, trois mois pour se faire soigner une simple carie chez un dentiste, sans parler des médecins généralistes qui partent à la retraite sans trouver de successeur et de ceux qui refusent de nouveaux patients: les habitants des territoires ruraux n'en peuvent plus de ne pas pouvoir se soigner.

Mme Laurence Dumont. Il n'y a pas qu'eux!

M. Yannick Favennec Becot. Ne pas trouver de généralistes ou de spécialistes près de chez soi est une véritable atteinte au droit à la santé. Cela désespère les familles et fragilise nos territoires.

Sur tous les bancs de notre assemblée, beaucoup sont convaincus que le laisser-faire n'est plus possible et que le Gouvernement doit prendre ses responsabilités. C'est ici et maintenant, en nous appuyant sur cette proposition de loi visant à garantir un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire, initiée par mon collègue mayennais Guillaume Garot – qui reprend les grands principes de la proposition de loi défendue en 2016 par mon collègue du groupe UAI Philippe Vigier –, que nous devons répondre au problème de l'accès aux soins pour tous et sur tous les territoires. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe NG.*)

M. Guillaume Garot. Bravo!

M. Yannick Favennec Becot. Il y a urgence à apporter une réponse concrète à l'attente, à l'impatience de nos concitoyens, que je mesure chaque jour dans mon département de la Mayenne. Agissons, mes chers collègues, avant que cette impatience ne se transforme en colère. C'est pourquoi le groupe UAI votera majoritairement contre la motion de renvoi en commission. (*Applaudissements sur les bancs du groupe NG.*)

M. Christian Hutin. C'est courageux!

M. le président. Je mets aux voix la motion de renvoi en commission.

(*Il est procédé au scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	126
Nombre de suffrages exprimés	125
Majorité absolue	63
Pour l'adoption	75
contre	50

(*La motion de renvoi en commission est adoptée.*)

M. le président. S'agissant d'un texte inscrit à l'ordre du jour fixé par l'Assemblée, il appartiendra à la Conférence des présidents de proposer les conditions de la suite de la discussion.

2

ENTREPRISE NOUVELLE ET NOUVELLES GOUVERNANCES

Discussion d'une proposition de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion de la proposition de loi de M. Olivier Faure, M. Dominique Potier et plusieurs de leurs collègues relative à l'entreprise nouvelle et aux nouvelles gouvernances (n^{os} 476 deuxième rectifié, 544).

La parole est à M. Dominique Potier, rapporteur de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République.

M. Dominique Potier, rapporteur de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République. Monsieur le président, monsieur le ministre de l'économie et des finances, madame la présidente de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, chers collègues, pour Olivier Abel, ne devoir rien à personne est un des grands malheurs dans la vie. Je voudrais donc commencer la présentation de mon rapport sur cette proposition de loi du groupe Nouvelle Gauche par rappeler quelques filiations et héritages.

Ce matin, j'ai pensé à notre groupe politique, à sa situation au regard de l'histoire de la gauche et de la République française. J'ai repensé à la force des idées et à ma conviction que si nous sommes des rescapés, nous avons surtout vocation à être aujourd'hui et demain des éclaireurs. De ces éclaireurs, nous trouverons dans l'histoire des figures assez géniales à travers les Équitables pionniers de Rochdale: en 1848, une poignée d'hommes de cette ville anglaise, grâce

à la force de leurs convictions, vont poser les fondements du mouvement coopératif dans l'entreprise, qui irriguera ensuite toute l'Europe. Dans le monde paysan, dont je suis issu, j'en ai vu tous les bénéfices.

Je souhaite également rappeler les racines ouvrières de mon territoire. À cet instant, me vient à l'esprit le nom de Paul Lhuillier, à qui nous avons rendu hommage il y a peu pour quatre-vingt-dix ans d'engagement dans le syndicalisme dans le bassin minier de Neuves-Maisons. Celui-ci, au moment de recevoir sa médaille de l'ordre national du Mérite, nous rappelait que toute sa formation et ses engagements civiques multiples avaient été fondés sur la foi, transmise par la JOC – la Jeunesse ouvrière chrétienne –, selon laquelle un jeune travailleur vaut plus que tout l'or du monde.

M. Alain Bruneel. C'est vrai !

M. Dominique Potier, rapporteur. Je pense également en cet instant à un autre grand militant du monde ouvrier, auquel je voudrais rendre hommage : Jacques Chérèque, qui nous a quittés quelques jours avant Noël. Pour notre famille, celle de la gauche, c'est une figure de l'éthique au service de l'entreprise et de l'État.

Mme George Pau-Langevin. Bravo !

M. Dominique Potier, rapporteur. Ma gratitude va aux représentants de la société civile qui ont rejoint notre groupe pour fabriquer ce texte. Je veux rendre hommage aux syndicalistes, aux entrepreneurs, aux ONG, aux nombreux universitaires de cercles de réflexion comme la Fondation Jean-Jaurès, Esprit civique ou Terra Nova, qui nous ont accompagnés. Mais je veux surtout rendre hommage aux travaux, destinés à repenser l'entreprise au XXI^e siècle, commencés il y a près de dix ans par le collège des Bernardins – ils ont été les premiers à jeter les bases de ce qui nous réunit aujourd'hui.

Penser l'entreprise, c'est faire de la politique. Penser l'entreprise, c'est peut-être en finir avec le veau d'or et cette sorte d'interdit de la critique de l'entreprise qui s'est installée dans nos consciences à cause de la pensée néolibérale. Il faut penser l'entreprise comme un cadre et un creuset. Comme un cadre, pour limiter ses excès et ce qu'on a appelé la « grande déformation » dans la répartition de la valeur ajoutée, au bénéfice de la suprématie actionnariale, et apporter des limites aux grands groupes, qui, par leur puissance, peuvent concurrencer l'État dans l'allocation des ressources et la fabrique de la norme. Mais il faut également penser l'entreprise comme un creuset, capable d'innovation sociale, économique et technologique, apportant des solutions novatrices aux défis du monde, à côté de la puissance publique et dans un rééquilibrage avec elle.

J'aime penser la loi comme les rives d'un fleuve qui l'empêche de devenir un marécage. Oui, la puissance publique, dans sa capacité de réguler et d'édicter la loi, est à la fois un cadre et la condition de la force de l'entreprise : en l'absence de rives, le fleuve se transforme en marécage.

Notre proposition de loi s'articule autour de quatre blocs, dont les deux premiers sont fondateurs.

D'abord, la révision de l'article 1833 du code civil s'impose désormais de façon évidente, car qui pense encore aujourd'hui que cet article issu du code Napoléon peut rendre compte de la réalité et de la vitalité actuelles de l'entreprise ? Mal nommer les choses, disait Camus, c'est

ajouter aux malheurs du monde. Alors, faisons œuvre utile, ayons le courage de réviser l'article 1833, pour dire : « La société est gérée conformément à l'intérêt de l'entreprise, en tenant compte des conséquences économiques, sociales et environnementales de son activité. » Cet acte serait fondateur ; il ne s'agit pas de se payer de mots mais de jeter la première pierre de ce qui pourrait nous réconcilier.

L'article 2 de la proposition de loi tend à considérer les salariés, le monde du travail, comme une partie constituante de l'entreprise plutôt que comme une simple partie prenante. Cette co-détermination à la française, que nous proposons comme une première étape, rejoindrait une initiative quasi majoritaire en Europe du Nord, qui a fait ses preuves. Avec deux administrateurs salariés dans les entreprises de 500 à 1 000 salariés, un tiers d'administrateurs salariés dans les entreprises de 1 000 à 5 000 salariés et une moitié dans les entreprises de plus de 5 000 salariés, et avec une participation étendue aux entreprises de plus de 20 salariés, nous aurions les bases d'une co-détermination, d'une cogestion à la française, à la fois gage d'efficacité et reconnaissance de la force du travail.

Les articles 3 à 8 s'inspirent du principe de loyauté. Ils visent à instaurer le vote triple pour les actionnaires de long terme, un contrôle du transfert des valeurs, un *reporting* fiscal aux IRP – les institutions représentatives du personnel – qui contournerait la censure constitutionnelle de la loi Sapin 2, un nouveau pacte territorial et un écart maximal de revenus.

Les articles 9 à 11 ouvrent de nouveaux champs : un renforcement de la garantie offerte aux entreprises à but social, permettant leur reconnaissance et le développement de l'économie sociale ; la création des sociétés à mission et leur encadrement, par le partage de leur mission ; l'instauration d'une double notation.

Sur cette dernière mesure, je fonde beaucoup d'espoirs, car c'est une idée d'avenir : à côté de la cotation économique du CAC 40, il nous faut absolument une visibilité que ne donne pas le *reporting* extra-financier actuel – il ne donne qu'une vision floue. Nous avons besoin d'une norme publique pour établir ce qu'est profondément la RSE – la responsabilité sociale des entreprises – et, dans une économie sociale de marché responsable, permette à tout citoyen, en sa qualité d'épargnant, de consommateur et éventuellement de collaborateur, de se faire une idée de l'entreprise à laquelle il a affaire.

Telles sont les grandes propositions de notre texte, qui prennent la forme soit d'articles rédigés avec précision, soit de demandes de rapports au Gouvernement, pour poser des jalons, car nous avons voulu rester prudents en la matière.

L'adversité que pourrait connaître cette proposition de loi, sous prétexte de reporter le débat à des dates ultérieures, nous la connaissons malheureusement par cœur si nous relisons notre histoire.

« Impossible ! » disaient les adversaires du progrès en 1898, lorsque le député Nadaud, au bout de dix ans de combat, réussit à faire passer les premières lois sur les accidents du travail. Était-ce la fin du monde ? Non, c'était la naissance d'un nouveau monde, celui de la prévention des accidents et des caisses d'assurance, ainsi que celui d'une révolution technologique, du développement d'une nouvelle économie et d'une nouvelle prospérité.

« Impossible de réformer la comptabilité! » s'offusquèrent les conservateurs il y a un siècle, en 1915, lorsque les initiatives en faveur d'une nouvelle gouvernance furent prises à travers la création des commissaires aux comptes et de la comptabilité moderne. La comptabilité était restée obscure jusque-là, tandis que la comptabilité moderne serait le gage d'un commerce qui allait s'intensifier, car nous savons la valeur de la contractualisation. C'était l'ouverture, là aussi, d'une nouvelle prospérité.

« Impossible, à l'échelle internationale, de faire reculer les usines et les fabriques du monde » nous disait-on. Or, en mars 2017, nous avons réussi, société civile et Parlement, à l'issue d'un combat de quatre ans, à imposer le vote d'une loi relative au devoir de vigilance, afin de limiter les impacts environnementaux, d'empêcher le travail des enfants et de faire respecter la dignité humaine au bout des chaînes de valeur de nos multinationales.

M. Éric Alauzet. Bravo !

M. Dominique Potier, *rapporteur*. Alors, impossibles, nos propositions? Je crois au contraire qu'elles sont à notre portée, réalistes, possibles et même dans l'esprit de l'aventure de l'entreprise au XXI^e siècle. Je crois profondément qu'elles sont de nature à nous réconcilier et à répondre aux questions fondamentales d'un monde fini et à une quête de sens. Je crois profondément que les vieux mots « loyauté », « partage », « courage » et « travail comme œuvre » sont les clés du futur, qu'ils répondent à des aspirations profondes, de plus en plus répandues chez les jeunes dirigeants rencontrés de nos jours dans les écoles de commerce, et que nous voyons poindre et naître chez des salariés et chez beaucoup de nos concitoyens.

Notre proposition de loi vient à la rencontre de ce monde qui émerge. Chacune de nos douze propositions apparaît désormais comme une évidence. Notre texte permettra, j'en suis certain, une triple réconciliation : celle entre le droit, l'éthique et la pratique ; celle entre le travail, le management et le capital ; celle entre les Français et l'entreprise. (*Applaudissements sur les bancs du groupe NG et sur quelques bancs du groupe GDR.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre de l'économie et des finances.

M. Bruno Le Maire, *ministre de l'économie et des finances*. Monsieur le président, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mesdames et messieurs les députés, je suis très heureux que nous ayons l'occasion ce matin d'examiner la présente proposition de loi, ses objectifs et les différents articles qui la composent. Je l'ai lue avec attention, ainsi que son exposé des motifs.

Je rejoins beaucoup des constats qui y sont faits, même si, contrairement au rapporteur, je ne dirai pas qu'il faut réconcilier les Français avec l'entreprise. Je pense que les Français ont une appréciation très positive de leur entreprise, du lieu où ils travaillent. Je pense surtout qu'il faut faire grandir nos entreprises et mieux associer les salariés à leur fonctionnement et à leurs résultats.

Pour revenir à l'exposé des motifs – que j'ai lu, je le répète, avec beaucoup d'attention –, j'aurais pu reprendre à mon compte sans aucune difficulté certaines des phrases qui y figurent.

Vous dites que l'entreprise est un « bien commun ». Oui, l'entreprise est un bien commun.

Vous dites que l'efficacité de l'entreprise « participe de l'intérêt général ». Oui, l'entreprise participe de l'intérêt général, et je vous rejoins, monsieur le rapporteur, sur l'idée qu'il faut élargir le spectre de ce qu'elle représente aujourd'hui dans la société française. L'entreprise n'est pas que le lieu de la création de valeur. Il faut bien sûr qu'elle crée de la valeur et qu'elle soit profitable, sans quoi elle ne peut pas exister. Mais l'entreprise est d'abord le lieu de la vie quotidienne de millions de Françaises et de Français, qui y arrivent le matin et en repartent le soir après y avoir passé la plus grande partie de leur journée – pour certains, il s'agit même de leur nuit. Ils y voient un projet personnel, un projet d'accomplissement, et ils souhaitent bien entendu que leur entreprise, au-delà de la création de valeur, ait davantage de sens et participe à un projet collectif.

Quand vous dites que la conception de l'entreprise, dans le code civil français, est datée, je vous rejoins aussi. En tout cas, je pense que cette conception est trop étroite au regard de la place et du poids qu'ont pris les entreprises dans la société française.

Vous dites également que le travail n'est pas assez reconnu dans la création de valeur. Oui, la première valeur d'une entreprise, c'est la qualité de ses salariés. On sait bien que, si une entreprise est profitable, c'est d'abord parce qu'elle emploie des salariés qualifiés qui font correctement leur travail, qui sont engagés à son service, qui apportent des corrections au processus de production, des améliorations et des idées nouvelles. Je pourrais citer mille exemples de PME que j'ai visitées, dans lesquelles le fait de mieux associer les salariés au fonctionnement de l'entreprise permet d'en améliorer les résultats.

Enfin, vous plaidez pour une « économie de marché responsable ». Oui, l'économie de marché doit être responsable, au sens où elle doit préserver les ressources de la planète et où les entreprises – certaines, en tout cas – doivent avoir aussi l'ambition de garantir davantage de solidarité dans notre pays.

En revanche, je diverge quant à la méthode retenue car je crois à la consultation plutôt qu'à la coercition législative immédiate, et je pense que nous avons besoin, sur certains sujets, d'aller au bout de cette démarche de consultation. Avec un certain nombre de parlementaires présents ce matin – je remercie Laetitia Avia pour sa contribution, ainsi que Stanislas Guerini pour le travail qu'il a réalisé sur le projet de loi portant sur la croissance et la transmission des entreprises –, nous avons engagé depuis l'automne une consultation très approfondie associant des chefs d'entreprise et, désormais, tous les citoyens français qui le souhaitent, puisqu'elle est ouverte sur internet.

Mme Laurence Dumont. Pendant quinze jours !

M. Bruno Le Maire, *ministre*. Les Français sont d'ailleurs très nombreux à y participer : plusieurs milliers ont déjà consulté les propositions et voté pour ou contre telle ou telle d'entre elles, en fonction du jugement qu'ils portent.

L'objet social de l'entreprise, défini aux articles 1833 et 1834 du code civil, est un sujet très lourd. Je pense donc qu'il faut aller au bout de la consultation avant de trancher. Pourquoi l'objet social est-il un enjeu aussi lourd et majeur pour la vie de l'entreprise ? Tout simplement parce que, dans la mesure où les dispositions correspondantes sont inscrites dans le code civil, elles sont opposables devant les tribunaux.

Ainsi, n'importe quel actionnaire d'une entreprise peut la traduire devant les tribunaux s'il estime qu'elle ne respecte pas la définition légale de l'objet social de l'entreprise.

Pour notre part, compte tenu de l'importance de l'enjeu, nous avons préféré demander à Nicole Notat, ancienne secrétaire générale de la CFDT, et à Jean-Dominique Senard, président du groupe Michelin, de lancer cette consultation et de nous faire des propositions sur l'objet social de l'entreprise.

Vous connaissez ma conviction sur ce sujet : je pense qu'on peut ouvrir à toute entreprise qui le souhaite la possibilité de se doter d'un objet social élargi, prévu par le code civil, qui inclurait à la fois la dimension sociale de l'entreprise et évidemment sa dimension environnementale. Mais nous verrons quels seront les résultats de la consultation et les propositions formulées par Nicole Notat et Jean-Dominique Senard.

Ma deuxième divergence porte sur le temps : je pense qu'il faut laisser à un certain nombre de mesures déjà prises le temps d'aller au bout de leur logique, pour en voir les résultats et en tirer les conséquences. Prenons l'exemple des administrateurs salariés. La loi Rebsamen, qui prévoit la désignation d'administrateurs salariés dans les entreprises de plus de 1 000 salariés, est appliquée depuis à peine quelques mois. Laissons à cette loi le temps de s'appliquer pour en tirer les conclusions,...

M. Boris Vallaud. Combien de temps ?

M. Bruno Le Maire, ministre. ...avant d'imposer immédiatement un nouveau seuil, comme vous le proposez dans votre texte !

M. Boris Vallaud. Comme vous l'avez fait avec la loi travail !

M. Bruno Le Maire, ministre. Cela étant, je suis favorable à ce qu'il y ait un nombre plus important d'administrateurs salariés dans l'ensemble des entreprises françaises, y compris celles du secteur mutualiste. Je crois qu'il est de notre intérêt d'élargir le champ des dispositions de la loi Rebsamen.

Troisième divergence : je pense qu'il ne faut pas alourdir exagérément les obligations qui pèsent sur nos entreprises, sans quoi nous courrons le risque d'affaiblir leur compétitivité, donc leur capacité à créer des emplois.

Enfin, dernier point de divergence concernant cette proposition de loi : je considère qu'il est important, dans une économie de marché, de maintenir l'attractivité de la France et de laisser à l'entreprise ou à la branche le soin de négocier sur un certain nombre de sujets. Je pense en particulier que ce n'est pas à la loi de fixer l'écart maximal de revenus,...

M. Alexis Corbière. Et pourquoi donc ? C'est bien la loi qui fixe le salaire minimum !

M. Bruno Le Maire, ministre. ...mais à la négociation d'entreprise ou de branche.

Mme Laurence Dumont. Jusqu'à présent, ça a été si efficace !

M. Bruno Le Maire, ministre. Nous allons examiner maintenant votre texte et ses différents articles, mais je vous propose que nous travaillions ensemble sur le projet de loi relatif à la

croissance et à la transformation des entreprises, qui pourra reprendre certaines de vos propositions, au printemps prochain, lorsque nous en discuterons.

Je rappelle les deux objectifs sur lesquels nous pouvons nous rejoindre.

Le premier est la modification de l'objet social, l'élargissement des nouvelles modalités de gouvernance, l'égalité femmes-hommes. Ce dernier enjeu est absolument stratégique pour les entreprises françaises et, dans ce domaine, malgré toutes les dispositions législatives qui ont été prises, le compte n'y est pas, ni en ce qui concerne l'égalité salariale ni en ce qui concerne la place des femmes dans les instances dirigeantes des entreprises, particulièrement les COMEX, les comités exécutifs. Un autre sujet me tient à cœur : l'accès des personnes handicapées au monde du travail. Dans ce domaine aussi, la France a du retard. Au-delà du seuil de 6 % de travailleurs handicapés, mesure bien sympathique, ce qui compte est la réalité quotidienne des travailleurs en situation de handicap. J'aimerais que ceux-ci soient associés plus directement à la vie de toutes les entreprises françaises.

Mme Laurence Dumont. Et de toutes les administrations !

M. Bruno Le Maire, ministre. Pour les entreprises, ils représentent une richesse et non un poids. Je préfère qu'ils soient intégrés dans l'entreprise plutôt que de savoir que celles-ci paient pour qu'ils n'y soient pas, car ce n'est pas la bonne solution.

Le deuxième volet important sur lequel nous pouvons nous rejoindre est l'association des salariés aux résultats. Oui, il faut que les salariés soient mieux associés aux résultats de l'entreprise. Vous le savez, j'ai l'ambition qu'à terme, 100 % des salariés français soient couverts par un accord d'intéressement et de participation. Je vous propose que nous regardions ensemble toutes les dispositions à prendre pour y parvenir, à commencer par la modification du forfait social, dont on sait qu'il est aujourd'hui le premier obstacle rencontré par les petites entreprises désireuses de développer des accords d'intéressement.

Je suis très heureux que nous puissions ouvrir cette discussion à l'occasion de l'examen de votre proposition de loi. Je vous propose néanmoins que nous la poursuivions dans le cadre de l'examen du projet de loi sur la croissance et la transformation des entreprises, qui sera examiné au printemps dans cet hémicycle. (*Applaudissements sur les bancs du groupe REM.*)

DISCUSSION GÉNÉRALE

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à M. Boris Vallaud.

M. Boris Vallaud. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, cette proposition de loi part d'un constat : la mondialisation est devenue à bien des égards déloyale, l'économie s'est dangereusement financiarisée et le changement climatique menace comme jamais. Face à ces dérives et ces menaces, nous devons opposer la loyauté des rapports économiques, le respect de la dignité humaine, le progrès et la prospérité partagés, ainsi que la protection résolue de l'environnement, c'est-à-dire, au fond, construire un nouvel âge de la mondialisation conforme à nos valeurs.

Pour y parvenir, la puissance publique doit bien sûr se mobiliser, mais elle doit compter aussi sur la société civile, particulièrement sur cette force de transformation considérable que sont les entreprises. Celles-ci participent à la transformation du monde pour le meilleur souvent, pour le pire parfois, lorsqu'elles entrent en concurrence directe avec les États pour produire les normes ou allouer les ressources, ou lorsqu'elles se livrent à des pratiques actionnariales, managériales, fiscales, environnementales ou sociales abusives.

Je veux le dire avec force, cette proposition de loi est avant tout un acte de confiance considérable dans les entreprises comme opérateurs économiques, comme acteurs éthiques et comme responsables du nécessaire changement du monde.

Elle est le fruit d'un travail ancien. La réflexion n'est pas née le 5 octobre dernier ou à la faveur des consultations lancées par le Gouvernement. Elle résulte du travail ancien d'acteurs de la société civile, de chercheurs, de chefs d'entreprise, de syndicalistes. C'est une approche résolument moderne qui fait le pari de l'entreprise responsable, du dialogue social et de la co-détermination comme levier d'innovation, de performance économique, de création de valeurs. Nous avons la conviction que, dans un monde fini, la compétitivité sera déterminée par des facteurs économiques, sociaux et environnementaux.

La proposition de loi s'inscrit dans un travail ancien, engagé depuis plusieurs années, notamment par notre collègue Dominique Potier. Par sa pugnacité, celui-ci a permis à la France de se doter d'une législation particulièrement innovante, aujourd'hui regardée avec intérêt partout dans le monde. Je pense à la loi relative au devoir de vigilance des sociétés mères et des entreprises donneuses d'ordre à l'égard de l'ensemble de leurs sous-traitants.

M. Christian Hutin. Bravo !

Mme Valérie Rabault. Très bien !

M. Boris Vallaud. Cette situation nous commande d'agir. C'est d'ailleurs le propre de la politique que de permettre aux hommes et aux femmes de définir les valeurs et de fixer les idéaux pour faire advenir une société qui permette et promeuve l'émancipation de toutes et de tous, et considère la dignité de chacune et de chacun.

Tel est au fond l'objet de cette proposition de loi, qui donne d'abord une définition radicalement nouvelle de l'entreprise au XXI^e siècle. Désormais, la société ne sera pas seulement constituée dans l'intérêt partagé de ses actionnaires, mais « gérée conformément à l'intérêt de l'entreprise, en tenant compte des conséquences économiques, sociales et environnementales de son activité ». Cette modification du code Napoléon porte en elle, je le dis sans excès, une révolution, puisqu'elle incite les dirigeants à internaliser les externalités négatives.

En effet, les entreprises ne sont pas hors sol. Les très grandes entreprises essaient parfois, depuis des années, de mettre en concurrence non seulement les femmes et les hommes, mais aussi les territoires, et agissent comme si les biens communs dont elles bénéficient pouvaient être instrumentalisés et épuisés en toute impunité. Internaliser les externalités négatives, c'est faire des entreprises des entités plus conscientes de leurs responsabilités, du simple fait des conséquences de leurs choix et de leurs activités. Ce n'est pas leur imposer de manière arbitraire de nouvelles normes, de nouvelles obligations, mais, à l'inverse, leur donner plus de puissance dans le nouvel ordre mondial.

Alors que le droit ignore l'entreprise et ne connaît que la société, et que l'économie ignore la société et ne connaît que l'entreprise, cette proposition de loi est la première, sans doute, à penser la relation entre la société et l'entreprise. Elle institue également ce que nous avons appelé une « co-détermination à la française ». En effet, les entreprises sont non seulement des communautés humaines, des collectifs de travail, mais aussi le lieu de la démocratie sociale. Il relèverait d'une conception d'un autre âge de les considérer uniquement comme des outils au service de la rémunération de leurs actionnaires.

En renforçant la présence des administrateurs salariés dans les conseils d'administration et en accordant un droit de vote triple aux actionnaires de long terme, le texte revient sur une lente dérive ayant conduit, au fil des années, à une suprématie actionnariale aux conséquences délétères : déformation du partage de la valeur ajoutée au bénéfice des actionnaires, « court-termisme » des marchés au détriment des stratégies industrielles, sous-performance économique et sociale préjudiciable aux salariés, aux territoires et finalement à l'entreprise elle-même.

La présente proposition de loi revient sur deux idées fausses et datées, que nous contestons. La première est celle selon laquelle l'actionnaire serait le propriétaire de l'entreprise ; il n'est propriétaire que d'actions, droits de créance auxquels sont attachées des prérogatives limitativement déterminées par la loi. La seconde voudrait que l'actionnaire soit le seul exposé à un risque dans l'entreprise ; d'autres parties prenantes, au premier rang desquelles les salariés, sont aussi exposés, ce qui nous fait dire que l'entreprise est un bien commun. Le patron du MEDEF affirme-t-il autre chose lorsqu'il reconnaît ses salariés la principale richesse de son entreprise ?

La création de valeur est le fruit de l'investissement de l'ensemble des personnes qui collaborent au sein d'une entreprise, qu'elles apportent un investissement en capital ou en travail. La démocratie sociale requiert des codécisions organisées par des procédures qui équilibrent les pouvoirs et ménagent l'accès à une information de qualité. C'est pourquoi la proposition de loi ouvre aux administrateurs le droit à une information élargie, en particulier sur les stratégies fiscales des entreprises, qui devront faire l'objet d'un *reporting* devant les instances représentatives. Les *Paradise Papers* témoignent de la mise en cause de la puissance publique dans ses ressources et dans son autorité, et il est temps d'agir.

Cette proposition de loi institue en outre une double notation, mesurant performance économique et performance sociale et environnementale, par la création d'un indicateur public synthétique. En effet, il nous paraît important que toute société, au même titre que les consommateurs, les investisseurs, les citoyens et les élus, puisse disposer d'informations complètes sur les entreprises.

La proposition de loi pose enfin le principe d'un écart maximal de rémunération dans l'entreprise – j'ai compris que ce point ne suscite pas l'adhésion du Gouvernement –, tout en laissant à celui-ci le soin d'organiser la concertation, à laquelle il est attaché, pour le déterminer. Nous savons que les inégalités minent nos sociétés. Les entreprises sont un lieu de création de richesses, nul n'en doute, mais aussi le lieu de leur répartition inégalitaire, parfois même outrageusement inégalitaire. Comme le dit d'ailleurs l'article 1^{er} de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : « Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune. » Nous ne pouvons continuer d'accepter des

distinctions sociales extrêmes, qui non seulement n'ont aucune utilité commune, mais constituent même des nuisances sociales.

Chers collègues, nous pouvons, nous devons continuer d'avancer sur le chemin de l'élaboration d'une nouvelle définition de l'entreprise, non pas pour nous méfier de celle-ci, car nous lui faisons confiance, mais pour donner un cadre mieux adapté aux défis de notre temps aux femmes et aux hommes qui, tous les jours, s'y impliquent, y travaillent, y produisent, y innoveront, y investiront.

Chers collègues, contrairement à ce que j'ai pu entendre ou lire à propos de ce texte, celui-ci n'est pas maximaliste. Cette accusation voudrait essayer de faire croire à nouveau que nous ne pouvons pas changer les choses, ou uniquement à la marge. Nous vous recommandons de ne pas être des révolutionnaires du *statu quo*. En réalité, la proposition de loi nous force à regarder en face où en est la France, alors que le XX^e siècle est inauguré depuis près de deux décennies. À travers les nouvelles relations qu'organise cette proposition de loi entre le capital et le travail d'une part, et la prise en compte des conséquences de l'activité de l'entreprise d'autre part, ce texte est également porteur d'une réconciliation entre le travail et le management. Lorsque l'article 1^{er} évoque la prise en compte par l'entreprise des « conséquences économiques, sociales et environnementales de son activité », il restaure la latitude d'action des dirigeants de l'entreprise eux-mêmes face au pouvoir devenu exorbitant des marchés financiers et des actionnaires. Lorsque l'article 2 partage les conseils d'administration entre les représentants des actionnaires et des salariés, il restaure le rôle d'arbitre du dirigeant entre le travail et le capital, en lui permettant d'incarner l'intérêt de l'entreprise et non plus celui des actionnaires. Ce texte organise la nécessaire réconciliation, l'union des forces productives indispensable au renouvellement industriel de notre pays.

Maximaliste, irréaliste, notre proposition de loi ? Ce qu'elle préconise se fait déjà en Allemagne, en Autriche, au Luxembourg, au Pays-Bas, au Danemark, en Suède, en Norvège, en Finlande, en République Tchèque, en Hongrie, en Pologne, en Slovaquie, en Slovénie. En vérité, dans l'océan de la suprématie de la finance anglo-américaine, c'est un modèle européen alternatif qui se dessine. Nous vous proposons d'en prendre la tête ou du moins de rattraper le train, que nous devons rejoindre, en votant aujourd'hui cette proposition de loi. (*Applaudissements sur les bancs du groupe NG.*)

M. le président. La parole est à M. Erwan Balanant.

M. Erwan Balanant. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, je tiens à remercier nos collègues Dominique Potier et Boris Vallaud, ainsi que le groupe Nouvelle Gauche, pour cette proposition de loi entreprise nouvelle et nouvelles gouvernances. Elle nous permet d'entamer un débat que nous serons amenés à poursuivre dans les prochains mois et qui devrait nous mener à forger, comme vous le souhaitez, une nouvelle conception de l'entreprise. Ce texte prolonge des réflexions initiées lors du précédent quinquennat autour de thématiques et d'enjeux chers au MODEM, notamment l'économie sociale et solidaire, ainsi que la responsabilité sociale et environnementale des entreprises.

L'économie sociale et solidaire représente 10 % du PIB français et 14 % des emplois privés, soit 2,4 millions de salariés. Nous pensons depuis longtemps qu'elle doit être soutenue, encouragée et développée. Comme l'a récemment souligné Nicolas Hulot, ministre d'État, ministre de la transi-

tion écologique et solidaire, cette forme d'économie s'articule autour d'entreprises créatrices de lien social, au sein desquelles les salariés expriment une grande satisfaction : innovation, solidarité, développement durable sont des concepts clés et porteurs d'avenir, embrassés par la plupart des entreprises de l'économie sociale et solidaire. Ce modèle, nous souhaiterions qu'il soit repris en partie par les entreprises dites traditionnelles.

De même, nous sommes persuadés que les entreprises engagées dans une démarche de responsabilité sociale et environnementale ont compris les enjeux et évolutions qui se trouvent actuellement au cœur de notre société. Le consommateur est aujourd'hui un citoyen engagé et attentif à la démarche et aux logiques des entreprises.

Ce texte a des qualités indéniables. Nous pensons en effet qu'il est aujourd'hui nécessaire de repenser la place et le rôle que nous souhaiterions réserver aux entreprises au sein de la société. Nous sommes depuis longtemps favorables à l'introduction d'une société à objet élargi – le MODEM proposait déjà, en 2012, la création d'entreprises à objet social, environnemental et économique. Nous nous réjouissons de constater que cette idée semble aujourd'hui avancer et faire consensus, comme on l'a vu dans nos débats en commission. D'autres dispositions contenues dans le texte, comme le soutien à l'actionnariat de long terme et l'abaissement du seuil de la participation financière, nous paraissent aller également dans le bon sens.

Bien que sensibles au travail mené par nos collègues du groupe Nouvelle Gauche, nous éprouvons néanmoins des réticences à l'égard de certaines dispositions contenues dans cette proposition de loi – vous ne l'ignorez pas, monsieur le rapporteur, puisque nous en avons déjà parlé en commission. Certains éléments nous amènent à penser que la réflexion n'est pas encore totalement aboutie – M. le ministre a d'ailleurs rappelé précédemment qu'elle était en cours et devait continuer –, le nombre de rapports que vous demandez en témoigne. Manifestement, il faut encore avancer sur plusieurs sujets.

M. Dominique Potier, rapporteur. C'est une marque de confiance accordée au Gouvernement !

M. Bruno Le Maire, ministre. Très bien !

M. Erwan Balanant. Nous vous demandons de poursuivre dans ce sens !

M. Boris Vallaud. Nous aimerions bien que le Gouvernement nous accorde la même confiance !

M. Erwan Balanant. Il le fait, tout comme nous.

Par ailleurs, dans le cadre de ce débat important, nous ressentons des doutes sur la manière dont vous avez réintroduit une mesure contenue dans la loi Sapin 2, qui avait été retoquée par le Conseil constitutionnel. Il me semble que votre proposition de créer une obligation de *reporting* fiscal aux institutions représentatives du personnel mérite d'être étudiée de manière plus approfondie, afin d'évaluer si cette mesure satisfait aux exigences de confidentialité et ne risque pas une nouvelle censure du Conseil constitutionnel. Cette mesure justifierait également une étude d'impact.

Par ailleurs, même si cette proposition de loi est le fruit de travaux antérieurs, menés avec des experts et des universitaires, il nous semble nécessaire de rappeler qu'une réflexion, portant notamment sur ces sujets, est actuellement engagée par le Gouvernement. En effet, en octobre dernier, le ministre de l'économie et des finances a lancé les travaux préparatoires à un grand plan d'action pour la croissance et la

transformation des entreprises. Cette démarche de co-construction est originale puisque les travaux ont été confiés à cinq binômes et un trinôme rassemblant parlementaires et chefs d'entreprise autour de thématiques cruciales pour l'économie française. Les résultats de ces travaux préparatoires ont été dévoilés le 21 décembre dernier et, depuis lundi, une consultation publique est en cours, sur la base de propositions visant à accompagner les entreprises, en particulier les petites et moyennes entreprises, à tous les moments cruciaux de leur existence : lorsqu'elles se créent, se financent, se développent, innovent, partagent, transforment, exportent, parfois rebondissent, transmettent et, évidemment, favorisent l'emploi.

L'ambition du Gouvernement concernant le futur projet de loi sur les entreprises, que nous partageons, s'articule entre une dimension économique et un volet social. Ce texte poursuit l'objectif de renouveler la gouvernance des entreprises et leur place dans la société, notamment en associant davantage les salariés à leurs résultats. Le groupe MODEM attend beaucoup, entre autres, du volet social du texte, et sera particulièrement attentif, monsieur le ministre, à ce que ce dernier permette non seulement d'intégrer des mesures ambitieuses en matière de responsabilité sociale et environnementale, mais également que les salariés soient davantage impliqués dans la vie de leur entreprise. Nous souhaitons que l'intéressement et la participation soient étendus et que l'actionnariat salarié soit développé.

Les idées présentes dans la présente proposition de loi nous paraissent éminemment importantes, et nous les partageons. Comme l'avait montré la teneur de nos débats en commission, ces enjeux transcendent les clivages politiques. Nous souhaitons donc accorder davantage de temps à la réflexion et à la discussion autour de ces problématiques, de manière transparente, guidés par la recherche d'un équilibre nécessaire à la réussite de ces réformes. Nous souhaitons également laisser le temps à la consultation publique de s'achever, afin de recevoir un maximum de propositions et de contributions émanant de la société civile et de l'ensemble des acteurs concernés. Il nous semble important d'écouter les souhaits de ces personnes pour l'entreprise de demain. Il nous semble aussi nécessaire de nourrir notre réflexion par le prochain rapport de Nicole Notat et Jean-Dominique Senard sur l'entreprise et l'intérêt général.

Par conséquent, nous pensons que l'adoption de mesures relatives à l'économie sociale et solidaire ainsi qu'à la responsabilité sociale et environnementale des entreprises doit se faire en évitant de multiplier les textes. M. Vallaud nous avait proposé en commission de voter ce texte, puis de l'amender ultérieurement. Je ne crois pas que l'instabilité juridique qui en découlerait, et qui pourrait durer deux ou trois mois, serait favorable aux entreprises. Il faut faire les choses dans l'ordre car les entreprises ont besoin de lisibilité pour se développer.

En conclusion, nous pensons qu'en l'état, cette proposition de loi doit être affinée et approfondie, et qu'elle pourrait opportunément enrichir, le cas échéant, le futur projet de loi PACTE – plan d'action pour la croissance et la transformation des entreprises. C'est pourquoi le Groupe MODEM ne votera pas pour la proposition de loi en discussion ce matin. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe REM.*)

Mme Cécile Untermaier. Dommage !

M. Dominique Potier, rapporteur. Quelle déception !

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

M. Alain Bruneel. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, je souhaiterais, au préalable, saluer l'initiative bienvenue de notre collègue Dominique Potier et de l'ensemble du groupe Nouvelle Gauche, qui nous permet de mettre au cœur du débat démocratique le rôle et la finalité de l'entreprise dans un ensemble qui la dépasse, à savoir la société dans sa globalité.

Profitons-en pour prendre un peu de recul sur les projets de loi adoptés depuis juin dernier. Depuis le début de cette législature, le droit du travail aura été profondément déséquilibré et la fiscalité du capital massivement allégée, sans qu'un réel débat sur la place de l'entreprise dans notre pays et sur les rapports de forces internes aux entreprises n'ait réellement eu lieu. L'empressement à détricoter le code du travail et le code général des impôts, conjugué au report à plus tard – pour ne pas dire aux calendes grecques – du fameux projet de loi visant à renforcer la démocratie dans l'entreprise montre bien le « deux poids, deux mesures » qui caractérise les choix politiques faits par cette majorité.

D'ailleurs, le sort malheureux réservé en commission à cette proposition de loi, dont les dispositions ont disparu une à une, illustre bien la stratégie gouvernementale, qui balaie d'un revers de main tout ce qui vient se mettre en travers de son agenda. Nous le regrettons profondément, considérant que les initiatives émanant de parlementaires d'autres groupes ne sont pas suspectes par nature ; bien au contraire, elles alimentent le débat démocratique tel que nous le concevons.

J'en viens au débat qui nous réunit ce matin. Au fond, mes chers collègues, pour employer une illustration que saluerait un professeur de sciences naturelles, l'entreprise, c'est une sorte de microcosme, de monde en miniature, composé d'acteurs propres que sont les salariés, les dirigeants, les actionnaires, un microcosme aux règles de fonctionnement propres mais qui évolue dans un ensemble plus vaste, une sorte d'écosystème composé d'acteurs similaires et d'autres acteurs de nature différente. Cette proposition de loi a le mérite d'aborder ces deux aspects : l'entreprise en qualité d'acteur propre mais aussi en tant que partie intégrante de la société.

Sur la gouvernance et les rapports de force inhérents à toute entreprise, il y aurait beaucoup à dire. Concernant le partage de la valeur ajoutée, le basculement en faveur du capital depuis maintenant trente ans est désormais reconnu. Notre pays est d'ailleurs l'incontestable champion d'Europe de la distribution de dividendes depuis cinq ans, avec près de 60 milliards d'euros versés en 2017. Dans le même temps, la flexibilisation, la précarisation et la remise en cause des garanties et protections des salariés tendent à se généraliser. Tout cela doit nous interroger sur les diagnostics que nous faisons et sur la manière dont le législateur doit conduire son action.

Selon nous, il est très clair que l'entreprise n'est pas qu'une entité économique ayant pour objet de générer des bénéfices puis des dividendes pour ses actionnaires, comme certains semblent malheureusement le croire ici. L'entreprise est une réalité plus complexe, dans laquelle on retrouve, pour une grande part, les salariés, qui, dans les faits, vendent leur force de travail au patronat. Ces relations sont régies par des règles, qu'elles soient définies au plan légal, de la branche ou de l'entreprise elle-même. Ces relations peuvent être constructives ; nous connaissons un certain nombre de cas, sur le terrain, illustrant la capacité de salariés et de dirigeants à construire un dialogue serein.

Cela étant, compte tenu du déséquilibre des situations respectives, l'entreprise est également un lieu de rapports de forces. On parle bien de relation de subordination pour qualifier la relation de travail. La lutte des classes n'est pas une invention mais une réalité vécue et reconnue par chacune des parties, y compris par la classe dirigeante, comme le prouvent les propos du milliardaire Warren Buffet: « Il y a bien une lutte des classes, et c'est la mienne, la classe des riches, qui est en train de la gagner! » Le droit est donc essentiel, en ce qu'il est censé protéger la partie la plus faible – je dis bien « censé » car ce sont les choix du législateur qui déterminent le niveau de protection et les droits reconnus à la partie souffrant des déséquilibres. En la matière, les décisions prises depuis le début de cette législature attestent le choix, que nous regrettons, de privilégier la partie d'ores et déjà avantagée.

Cette proposition de loi, en son article 2, propose de renforcer la présence des salariés dans les conseils d'administration et de surveillance. Nous y sommes bien entendu favorables, ayant par le passé porté des propositions similaires, afin de renforcer la place de la force de travail dans les prises de décision stratégique des entreprises. En effet, force est de constater que les salariés sont ceux qui défendent le mieux leur outil de travail, faisant le choix de l'emploi et du développement de l'entreprise sur le long terme, quand les actionnaires auront tendance à favoriser le rendement à court terme. Pourtant, la représentation des salariés dans les organes de décision des entreprises reste largement insuffisante.

En commission, le rapporteur a parlé de « *doxa* néolibérale » pour qualifier ces blocages qui empêchent notre pays de moderniser ses relations sociales dans un sens plus favorable aux salariés, au long terme, au dialogue. Je souscris à ces propos, ajoutant que la démocratie ne saurait s'arrêter aux portes des entreprises. La démocratie doit entrer une bonne fois pour toutes dans l'entreprise. Plus généralement, nous devons renforcer l'ensemble des dispositifs à même de démonter les logiques de financiarisation qui attaquent notre économie et conduisent à un déséquilibre des pouvoirs au profit des seuls actionnaires. À l'évidence, en ouvrant et en diversifiant la composition des organes décisionnaires des entreprises, nous parviendrons à poser les bases d'un modèle plus équilibré – notre secteur industriel en a bien besoin.

Mes chers collègues, s'il est un sujet illustrant les pratiques du capitalisme moderne financiarisé, c'est bien celui des rémunérations. Pour certains prétendus « super-patrons », la décence ou la pudeur n'ont plus lieu d'être. Face à cette dérive, le législateur doit intervenir afin de s'assurer que les résultats de l'entreprise, donc du travail de tous, soient répartis selon un écart qui ne soit pas indécent. La présente proposition de loi demande un rapport au Gouvernement sur la question. Nous avons bien compris qu'il s'agissait ici du premier étage de la fusée et que l'idée était de s'appuyer sur ce rapport pour aller plus loin, mais nous regrettons le manque d'ambition sur ce sujet urgent pour nos concitoyens.

Face à cet enjeu fondamental, le législateur a la capacité d'agir dès maintenant. Des propositions concrètes existent déjà, comme celle que nous avons portée en juin 2016, en proposant un encadrement des rémunérations dans un rapport de un à vingt, qui avait été rejeté par la majorité socialiste de l'époque. L'unique amendement que nous proposerons portera sur ce sujet, afin d'aller plus loin et de donner davantage de force à votre proposition de loi.

Mes chers collègues, comme je le disais, l'entreprise est un microcosme appartenant à un écosystème bien plus large, composé d'autres entreprises mais aussi de citoyens, d'élus, d'associations, bref, de tous les acteurs qui composent la vie démocratique d'un territoire. L'entreprise ne saurait faire abstraction des conséquences de son action sur l'ensemble de ces acteurs. Si son activité peut avoir un impact largement positif, en créant de l'activité et en initiant des dynamiques territoriales, elle peut également être négative, dès lors que l'intérêt particulier prend le pas sur l'ordre social, le respect de l'environnement et l'avenir des territoires. L'entreprise ne saurait pas plus faire abstraction des nombreux enjeux publics qui la dépassent, tels la transition énergétique, le financement de l'action publique ou la situation de l'emploi et de la formation. Cette proposition de loi, dans son contenu, met en avant l'ensemble de ces thématiques, ce que nous approuvons.

En filigrane est posée la question de la responsabilité sociale et environnementale des entreprises, la fameuse RSE. Les critères actuels doivent être renforcés pour rendre cette notion effective. Un exemple l'illustre bien : celui de la fiscalité. Il est urgent d'intégrer à la RSE la notion de civisme fiscal. Dès lors, il y a lieu de renforcer notre droit, en précisant que les entreprises doivent viser le respect du bien commun. Cela passe par un nécessaire travail sur la philosophie et le contenu de notre code civil. En ce sens, nous accueillons favorablement l'initiative prise à l'article 1^{er} de la proposition.

Nous aurons d'autres occasions de nous exprimer au cours de l'examen de cette proposition de loi, si tant est que la majorité nous le permette. En tout état de cause et en saluant à nouveau le travail du rapporteur, c'est dans un esprit constructif et ouvert au débat que les députés communistes et les autres membres du groupe GDR abordent l'examen de ce texte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe GDR et sur quelques bancs du groupe NG.*)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

3

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures :

Suite de la discussion de la proposition de loi relative à l'entreprise nouvelle et aux nouvelles gouvernances ;

Discussion de la proposition de loi relative aux modalités de dépôt de candidature aux élections ;

Discussion de la proposition de loi visant à faciliter la sortie de l'indivision successorale et à relancer la politique du logement outre-mer.

La séance est levée.

(*La séance est levée à treize heures.*)

La Directrice du service du compte rendu de la séance de l'Assemblée nationale

CATHERINE JOLY