

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (n° 1175) (M. Frédéric Valletoux, rapporteur)... 2
- Présences en réunion..... 41

Mercredi
7 juin 2023
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 91

SESSION DE 2022-2023

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



La séance est ouverte à neuf heures trente.

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

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous sommes censés achever l'examen du texte ce matin. Il nous reste 245 amendements à examiner.

Article 4 : *Accroître la participation des établissements de santé à la permanence des soins*

Amendements de suppression AS54 de M. Yannick Neuder, AS147 de M. Philippe Juvin et AS267 de Mme Christelle Petex-Levet.

M. Yannick Neuder (LR). Il s'agit de supprimer l'article 4.

S'il est indispensable que la permanence des soins soit assurée en ville et à l'hôpital, notamment pour éviter les hospitalisations systématiques, en faire une obligation dont les modalités ne sont pas précisées peut avoir un effet contre-productif. J'ai longtemps été élu dans un territoire rural où le désert médical était parfois étendu, faute de médecins généralistes en nombre suffisant pour assurer les gardes. Avec l'agence régionale de santé (ARS) et la préfecture, nous avons pris une bonne décision : ne pas réquisitionner les médecins, mais faire venir des internes en stage, qui ensuite se sont installés, ce qui a permis de repeupler le territoire.

Veillons à ne pas dissuader de jeunes professionnels de s'installer avec des mesures de coercition en matière de permanence des soins ! On ne va pas spontanément s'installer dans un territoire où l'on sait que l'on sera systématiquement réquisitionné pour assurer les gardes. Oui à la permanence des soins, mais de façon concertée entre les acteurs de la médecine de ville et de l'hôpital !

M. Philippe Juvin (LR). Considérer que les acteurs rémunérés par la sécurité sociale doivent participer à une mission de service public n'est pas choquant en soi. Ce qui l'est, en revanche, c'est de ne pas tenir compte du fait que les médecins libéraux travaillent déjà cinquante-cinq heures par semaine et qu'un tiers d'entre eux ont plus de 60 ans. D'après certains chiffres, de 40 % à 50 % des médecins sont en burn-out. Imposer une coercition à des médecins libéraux est une mesure punitive.

Transposer un système hospitalier, dans lequel les gardes sont obligatoires, au système libéral n'est pas envisageable. À l'hôpital, la garde est comptabilisée dans votre temps de travail et vous ne travaillez pas le lendemain.

L'article 4 nous semble plus dommageable que profitable au bon exercice de la médecine et à l'épanouissement des professionnels de santé, lequel devrait être une condition absolue des politiques publiques, sous peine de créer des déserts médicaux – les gens votent avec leurs pieds et arrêtent de travailler.

Mme Christelle Petex-Levet (LR). La mesure consistant à rendre effective la participation obligatoire à la permanence des soins pour tous est très contraignante. Surtout, elle soulève la question des moyens.

Il n'est pas envisageable, par exemple, de contraindre un établissement de santé à ouvrir la nuit et à travailler correctement sans lui accorder des moyens supplémentaires pour faire fonctionner des services tels qu'un laboratoire ou un scanner. Cette mesure coercitive ne permettra malheureusement pas au système de mieux fonctionner si elle n'est pas accompagnée de moyens.

M. Frédéric Valletoux, rapporteur. Ces amendements sont en décalage avec l'objet de l'article, dont le principe est le même que celui de la loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, dite « loi Rist », qui traite de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Il s'agit de l'appliquer aux établissements de santé, pour que tous participent à la permanence des soins. L'article 4, tel qu'il est rédigé, concerne uniquement la permanence des soins en établissement de santé (PDSES).

À l'heure actuelle, celle-ci repose presque exclusivement sur les hôpitaux, à hauteur de 87 %. Les autres offreurs de soins n'en représentent que 13 %, dont 1 % pour les hôpitaux militaires. Le déséquilibre est patent.

Il ne s'agit pas, contrairement à ce que soutiennent, dans des discours alarmistes, certains syndicats n'ayant peut-être pas lu attentivement la proposition de loi, de mobiliser des médecins libéraux, déjà très occupés par leurs cabinets, en nuit profonde, chaque jour et sans repos. Cela, c'est *Germinal* !

Il s'agit de faire en sorte que les cliniques prennent leur part dans la PDSES. Au demeurant, cette disposition est plutôt soutenue par les offreurs de soins privés, qui ne la voient pas d'un mauvais œil.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). Dans certains territoires, les cliniques privées participent déjà à la PDSES, en fonction des autorisations en médecine dont elles disposent et des missions qui leur sont confiées, le plus souvent en bonne intelligence avec l'ARS.

La question est de savoir comment l'article 4 tel qu'il est rédigé peut « rendre effective la participation obligatoire à la permanence des soins pour tous », comme le prévoit l'exposé des motifs de la proposition de loi. C'est bien beau de le proclamer, mais comment cela fonctionne-t-il ? Quels moyens seront attribués ?

Les moyens associés à la PDSES assurée par les hôpitaux sont limités. Répartir demain les mêmes enveloppes entre davantage d'établissements n'ira pas sans problème. Avez-vous évalué les moyens financiers nécessaires pour accompagner les établissements qui seraient amenés à assurer la PDSES ? Avons-nous seulement les ressources humaines pour répartir celle-ci entre davantage d'établissements ?

Par ailleurs, l'article 4 ne contredit-il pas l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique, tel qu'il a été modifié par la loi Rist, et le premier alinéa de l'article L. 6314-1 du même code, qui rendent obligatoire la mission de service public de permanence des soins ? Celle-ci ne peut être assurée sans soignants. Les établissements de santé auxquels seraient confiées de nouvelles missions de permanence des soins en seraient très heureux, à condition qu'ils en aient les moyens et qu'il existe des orientations pour que tout cela fonctionne.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Je soutiens l'idée qui sous-tend l'article 4. La permanence des soins est un principe auquel nous sommes très attachés. Lorsque les macronistes font du social malgré eux, il faut les accompagner ! Dans plus de 20 % des

territoires, seuls cinq professionnels de santé sont disponibles pour assurer la permanence des soins. Ce qui est proposé va tout à fait dans le bon sens.

Les professionnels de santé demandent qu'on avance dans ce sens. Un tiers d'entre eux assure seul l'intégralité de la permanence des soins. La rendre obligatoire et la massifier, c'est les décharger, donc répartir plus justement la charge et la rendre moins épuisante, moins digne de *Germinal*, pour reprendre le mot de M. le rapporteur. C'est aussi décharger les urgences, dont la fréquentation a doublé en une décennie notamment parce qu'une bonne part des problèmes et des pathologies de la population ne fait pas l'objet d'une prise en charge initiale.

M. Philippe Vigier (Dem). La permanence des soins est essentielle, notamment pour la prise en charge de ceux qui n'ont pas de médecin traitant ainsi que de ceux qui vont aux urgences et ne le devraient pas.

Je trouve notre collègue Neuder très négatif. Dans mon territoire, nous n'avons pas réquisitionné les médecins. Nous avons mis en œuvre la permanence des soins sur la base du volontariat ; 70 % des professionnels de santé y participent. Un régulateur a été désigné et le lien avec le Samu a été fait. Résultat : 891 passages aux urgences en moins en quatre mois, ce qui a soulagé l'hôpital.

La permanence des soins ne peut fonctionner que si elle est assurée par tous les établissements de santé et par la médecine libérale. Il faut la rétablir sur cette base. Je rappelle d'ailleurs un détail qu'il ne faut pas oublier : il y a vingt ans, y participer était obligatoire.

Le vrai sujet, c'est le financement des professionnels qui y participent. Nous l'aborderons un peu plus loin.

M. Guillaume Garot (SOC). Comme Hadrien Clouet et Philippe Vigier l'ont très bien dit, la régulation de la permanence des soins est l'un des enjeux que nous devons mettre en avant si nous voulons essayer de garantir une amélioration de notre système de santé.

À l'heure actuelle, à peine 40 % des médecins libéraux participent à la permanence des soins, et cette proportion va déclinant. Il en résulte une pression très lourde sur les services d'urgences et sur eux-mêmes.

Voilà ce sur quoi il faut travailler, en observant un principe simple : il faut partager l'effort pour qu'il soit supportable. Dans le groupe transpartisan qui a beaucoup travaillé sur cette question, nous ne disons pas autre chose. Ce n'est pas exactement ce qui est prévu par l'article 4, mais il faut porter cela au débat général, car, si nous ne traitons pas la question de la permanence des soins, nous n'avancerons pas. Il faut rétablir son caractère obligatoire, supprimé en 2003.

M. Philippe Juvin (LR). Je reconnais que l'article 4 ne concerne pas les professionnels de santé libéraux. Dès lors, il est tautologique. Il aboutit à la rédaction de l'article L. 6111-1-3 suivante : « Les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer ou à contribuer à la permanence des soins en établissements de santé, dans des conditions définies par voie réglementaire ». Je ne vois donc pas l'utilité de l'article, qui s'apparente à une affirmation circulaire et relève donc de la loi bavarde. J'en demande toujours la suppression, mais pour des raisons distinctes.

M. Yannick Neuder (LR). Monsieur Vigier, ne confondez pas les territoires entre eux. Dans certains territoires, la présence d'une structure d'hospitalisation facilite l'organisation de la permanence des soins. Dans les territoires qui n'en ont aucune, où toutes les ressources sont mobilisées et où la moyenne d'âge est supérieure à 60 ans, l'organisation de la permanence des soins est très compliquée. Dans de nombreux territoires, il faut lutter pour ne pas recourir aux réquisitions de médecins afin d'assurer les gardes, lesquelles ont un effet délétère.

M. le rapporteur. Je remercie Philippe Juvin d'avoir reconnu que la défense de son amendement est en décalage par rapport au fond de l'article. Pour ma part, j'admets que sa rédaction se contente d'énoncer un principe et manque de précision. Je présenterai un amendement visant à en préciser la portée.

La permanence des soins fait l'objet, depuis plusieurs semaines, d'un travail fourni de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), qui a auditionné tous les acteurs pour parvenir à un dispositif efficace, accepté et permettant d'améliorer la mise en œuvre de la PDSSES, donc la prise en charge de la population, ce que nous souhaitons tous. Mon amendement de réécriture de l'article s'inspire des ajustements les plus récents de ce dispositif.

La permanence des soins est au cœur de l'engagement du Gouvernement et de cette majorité de rétablir en quelque sorte le droit et les obligations de chacun des acteurs, notamment la mission de permanence des soins. L'article 1^{er}, qui fait du territoire de santé l'échelon de référence de l'organisation locale de la politique de santé, confie à chaque territoire la mission d'organiser la permanence des soins.

La loi Rist, qui vient d'être promulguée, pose le principe de la responsabilité collective des professionnels de santé, médecins libéraux inclus, s'agissant de la PDSA. Le présent texte constitue le deuxième étage de la fusée, en faisant en sorte que tous les établissements de santé soient partie prenante de la PDSSES. Je rappelle que celle-ci est assurée à 87 % par les hôpitaux et les établissements privés à but non lucratif, et à 13 % par les cliniques. Le rééquilibrage qu'induirait la présente proposition de loi permettra, demain, de soulager l'hôpital.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS82 de M. Joël Aviragnet, AS189 de M. Jérôme Nury, AS542 de M. Philippe Vigier, AS559 de M. Jean-Claude Raux et AS575 de M. Guillaume Garot, amendements AS420 de M. Pierre Dharréville, AS239 de M. Thibault Bazin et AS772 de M. Frédéric Valletoux et sous-amendement AS773 de M. Garot (discussion commune).

M. Joël Aviragnet (SOC). Mon amendement vise à rétablir l'obligation de permanence des soins. Depuis sa suppression, l'accès aux soins se dégrade, le recours au volontariat s'avérant insuffisant. Le Conseil national de l'Ordre des médecins parle même de désengagement des médecins libéraux. Seuls 38,1 % d'entre eux ont participé à la PDSA en 2019, et cette proportion diminue au fil des ans.

Cette dégradation a notamment pour conséquence une augmentation des passages aux urgences. D'après la Cour des comptes, environ un patient sur cinq qui recourt aux services d'urgence des établissements de santé aurait pu être pris en charge par un médecin de ville.

M. Philippe Vigier (Dem). Monsieur Neuder, les établissements hospitaliers ne sont pas répartis dans les territoires de façon identique. Le mien est dans le même cas que le vôtre,

et la moyenne d'âge y est au moins égale, voire supérieure. Il faut avoir la volonté d'organiser l'accès aux soins, ce que nous avons fait avec un certain succès.

La véritable difficulté, sur laquelle j'appelle l'attention, est l'absence de service d'accès aux soins (SAS) dans certains départements. Les effecteurs de soins dépendent alors, pour leur complément de rémunération, de la régulation effectuée par le Samu.

Lorsque nous aurons cette discussion dans l'hémicycle, nous devons faire en sorte que le Gouvernement entende ce message : créer une permanence des soins dans un département qui n'a pas de SAS, c'est la condamner à échéance de quatre mois. Nous sommes tous placés devant nos responsabilités : il faut des financements, qui pour l'heure sont absents, ce que nous vivons au quotidien. La solution que nous avons adoptée est de confier au Samu, qui assure la régulation, le déclenchement de l'intervention des effecteurs de soins, puis le versement d'un complément de rémunération, qui n'est pas à la hauteur de celui perçu pour une première consultation d'une personne souffrant, par exemple, d'une maladie chronique.

Le sujet du financement est l'une des clefs indispensables de la réussite. Il assure la juste reconnaissance du travail des médecins qui acceptent de dégager, par exemple, deux heures toutes les deux ou trois semaines, et non chaque jour. Par ailleurs, plus il y a d'effecteurs de soins, moins ils ont à assurer de permanence.

M. Jean-Claude Raux (Ecolo - NUPES). Nous pouvons partir d'un constat simple et partagé – la dégradation continue et très préoccupante de l'accès aux soins, *a fortiori* la nuit ou le week-end – et poursuivre par une prédiction : se contenter d'écrire dans le code de la santé publique que les médecins libéraux ont vocation à participer à la permanence des soins, ou compter sur la responsabilité collective, ne produira pas les effets escomptés.

Certes, dans certains endroits, les professionnels de santé parviennent, sans contrainte, à s'organiser entre eux. Nous l'avons constaté lors de notre tour de France des hôpitaux à Vendôme, dans une maison de santé gérée par des médecins libéraux, et en Ille-et-Vilaine.

Mais j'ai aussi vu, lors d'une réunion consacrée au volet « santé » du Conseil national de la refondation à Nantes, le représentant du conseil départemental de l'Ordre des médecins bondir, au propre et au figuré, à l'évocation de l'élargissement de la permanence des soins à davantage de médecins. Ils et elles ne sont que 38 % à y participer à l'échelle nationale, et 33 % en Loire-Atlantique, ce qui a des conséquences désastreuses sur l'engorgement des urgences, quand elles ne sont pas purement et simplement fermées, comme celles de deux hôpitaux de ma circonscription.

Mon amendement vise à rétablir l'obligation de participer à la PDSA. J'entends d'ici les levées de boucliers mais, si tous les médecins y participent, leur contribution individuelle restera modeste sur l'année, tout en évitant à coup sûr le recours, environ une fois sur cinq selon la Cour des comptes, aux services d'urgence de la part de patients et de patientes qui peuvent être pris en charge par la médecine de ville. Garantir la permanence des soins et y prendre part doit être une obligation. Jusqu'en 2003, tel était le cas.

M. Guillaume Garot (SOC). Il faut rétablir l'obligation de la permanence des soins, supprimée en 2003 à la suite de négociations. Il y a urgence, comme le rappelle la Cour des comptes. Les services d'urgence craquent et n'en peuvent plus. Les médecins assurant la permanence des soins le font de façon de plus en plus récurrente, ce qui les soumet à une

pression qui devient difficilement supportable. Il faut trouver des solutions ; rendre obligatoire la participation à la permanence des soins en est une.

Il faut rendre hommage aux médecins qui assurent la permanence des soins de façon volontaire et saluer leur engagement. Ils rendent un vrai service à la nation.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je salue, à mon tour, ceux et celles qui s'engagent pour assurer la permanence des soins dans leur territoire. Nous savons à quel point leur engagement est précieux. Nous savons aussi, de façon plus générale, combien la décision incompréhensible prise il y a vingt ans a désorganisé le travail des médecins qui assurent la permanence des soins.

Il faut établir une règle bien plus claire. Rétablir l'obligation de participer à la permanence des soins ne suffit pas. Il faut créer les conditions financières et matérielles de son organisation. Envoyer ce signal, dans la situation où nous nous trouvons, est décisif. La permanence des soins repose sur un trop petit nombre de médecins. Il faut mieux organiser la solidarité entre les professionnels concernés.

M. Thibault Bazin (LR). La rédaction de l'article 4 que je propose s'inspire d'une spéléologie des diverses versions de l'article L. 6111-1-3 du code de la santé publique, créé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et modifié par la loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. Certes, la présente proposition de loi a été déposée avant sa modification, qui a inclus dans le champ de l'article « les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 », qui sont les suivants : « projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et l'installation des équipements matériels lourds ».

Dans ce domaine, je constate que la permanence des soins, notamment la nuit et le week-end, s'agissant par exemple de l'accès à un plateau d'imagerie médicale, est assurée pour l'essentiel par des structures privées, qui jouent le jeu et travaillent avec des hôpitaux à la demande de l'ARS. Je suis donc un peu surpris par la rédaction de l'article 4.

Un problème se pose pour les établissements privés n'ayant pas d'autorisation en médecine. Leur demandera-t-on quand même, demain, de participer à la permanence des soins, alors même que l'ARS leur a parfois refusé une autorisation ? La question de la mise en cohérence des moyens se pose. Je m'adresse tout particulièrement à Mme la rapporteure générale : comment les coordonne-t-on ?

Par exemple, les centres médicaux de soins immédiats (CMSI) participent à la permanence des soins et travaillent très bien avec les SAS, qui leur adressent des patients. Dans mon département, le CMSI a eu autant d'admissions aux urgences qu'à l'hôpital, pour une dépense publique très limitée. Comment faciliter et accompagner l'apport des CMSI ?

Je propose de rédiger ainsi l'article L. 6111-1-3 du code de la santé publique : « En collaboration avec les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, les établissements de santé participent à la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire ». Il faut coordonner les établissements publics, les établissements privés et la médecine de ville, pas les opposer entre eux.

M. le rapporteur. L'amendement AS772 modifie la rédaction économe en mots de l'article 4, qu'il propose de rédiger comme suit : « Après la référence : "L. 6122-1", la fin de l'article L. 6111-1-3 du code de la santé publique est ainsi rédigée : "ainsi que les professionnels de santé exerçant en leur sein peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer ou à contribuer à la permanence des soins en établissements de santé ou au sein des autres titulaires". »

Cette rédaction permet d'inclure dans le champ de l'article non seulement les cliniques et les établissements privés, mais aussi les professionnels de santé libéraux qui y exercent, dans le cadre de liens contractuels qui, souvent, les empêchent de participer à la permanence des soins. Elle me semble correspondre aux interventions des uns et des autres.

M. Joël Aviragnet (SOC). Le sous-amendement AS773 vise à fortifier l'engagement des établissements de santé et des professionnels de santé qui y exercent à garantir la permanence des soins. L'amendement de réécriture de l'article de M. le rapporteur prévoit qu'ils peuvent être appelés « à assurer ou à contribuer à la permanence des soins ». Cette subtilité de rédaction augure d'un recul de l'engagement des établissements de santé et des professionnels de santé à assurer la permanence des soins.

Le sous-amendement AS773, en supprimant les mots « ou à contribuer », conserve, comme la version en vigueur de l'article L. 6111-1-3 du code de la santé publique, le seul verbe « assurer ».

M. le rapporteur. La rédaction que je propose me semble plus complète et plus claire. Le verbe « assurer » ne vise que les établissements de santé ; le verbe « contribuer » vise les professionnels de santé qui y exercent. L'usage conjoint des deux verbes englobe donc un champ plus vaste.

Avis défavorable.

M. Thierry Frappé (RN). Je tiens à saluer ceux qui participent aux permanences de soins ambulatoires, dont 96 % sont assurées sans contrainte – seuls les 4 % restants posent donc problème –, malgré la baisse des effectifs, l'âge des médecins et les horaires de travail. Si nous les rendons obligatoires, nous risquons de faire fuir les soignants des zones rurales, du fait de leur périmètre d'intervention. Le projet de création de « supergardes », envisagé vers 2005 ou 2010, est d'ailleurs très vite tombé à l'eau. En outre, je crains qu'une telle contrainte n'entraîne un départ à la retraite anticipé et précipité des médecins âgés.

M. Didier Martin (RE). On comprend qu'il faut faire quelque chose, et notre rapporteur s'engage dans une voie intéressante en prévoyant la participation de tous les établissements de santé – et donc des praticiens libéraux qui y exercent – à la PDSA. Cependant, une généralisation de cette obligation me semble présenter certains risques. Dans les zones les moins dotées, les professionnels de santé ont des journées très longues et les généralistes font déjà tout ce qu'ils peuvent. Leur imposer cette obligation reviendrait à leur envoyer un signal inadmissible : cela risquerait de décourager l'installation de nouveaux professionnels dans les zones concernées. Je crains donc que ce remède ne s'avère néfaste.

Par ailleurs, il convient de faire la différence entre médecine générale et soins non programmés. Il existe des spécialistes des soins non programmés : ils exercent souvent sous un label privé, comme SOS Médecins, et sont préparés à ce genre de consultations. Ils sont d'ailleurs prêts à travailler en association avec les hôpitaux, du fait de l'engorgement des urgences. Une expérience intéressante, qu'il faudra évaluer très rapidement, est en cours à

Nevers : on constate que l'intervention de ce type de structure au sein même de l'hôpital ou à quelques mètres a permis de réduire d'environ 40 % les consultations aux urgences. Certains problèmes ayant poussé les patients à consulter aux urgences peuvent en effet être réglés par un praticien, à condition que ce dernier soit formé aux soins non programmés et que cela ne surcharge pas les médecins généralistes, qui n'en peuvent plus. Ne décourageons pas les soignants de s'orienter vers la médecine libérale !

M. Thibault Bazin (LR). La nouvelle rédaction proposée par M. le rapporteur présente des éléments intéressants mais soulève aussi d'autres questions.

Vous supprimez la mention « dans des conditions définies par voie réglementaire ». Or, comme l'ont expliqué mes collègues Philippe Juvin et Yannick Neuder, il faut bien expliquer, à un moment ou à un autre, comment le dispositif fonctionne.

Vous ajoutez les mots « ainsi que les professionnels de santé exerçant en leur sein ». Or les autorisations sont souvent accordées à des structures composées de plusieurs professionnels, ce qui permet d'ailleurs d'assurer la permanence des soins, qui relève de l'organisation interne des établissements. Sur les plateaux d'imagerie, par exemple, heureusement que plusieurs techniciens se relaient ! L'obligation peut être appréhendée soit de façon individuelle, soit de façon collective : j'ai plutôt tendance à penser que la seconde possibilité est la meilleure.

En outre, il est nécessaire de garantir une cohérence entre les compétences des professionnels et leur lieu d'exercice : les soignants ne sont pas forcément toujours à l'aise avec tel ou tel équipement.

Enfin, comment cette nouvelle disposition s'articulera-t-elle avec l'existence deCMSI et d'établissements n'ayant pas d'autorisation de médecine ? Les acteurs sont très divers et nous devons rester cohérents.

M. Yannick Neuder (LR). Les propos de notre collègue Didier Martin sont pleins de bon sens. Une obligation étendue poserait un problème d'organisation. Un soignant de garde n'exerçant pas dans une structure hospitalière ne bénéficie pas de repos compensateur. Dès lors, si vous obligez des médecins libéraux à participer à la permanence des soins dans une clinique, ils fermeront leur cabinet le jour suivant : parce qu'ils auront assuré trois consultations en nuit profonde, ils perdront ainsi les cinquante consultations qu'ils avaient prévues le lendemain. Je ne suis pas sûr que l'offre de soins ait été augmentée !

M. Martin a aussi évoqué les centres de consultations non programmées et les organisations telles que SOS Médecins, que je connais bien – je leur ai rendu visite très récemment à Grenoble. Ces structures appellent notre attention sur la nécessaire revalorisation des visites à domicile, sans laquelle leur modèle économique ne pourra pas perdurer. Or, si aucun médecin n'assure plus de consultations à domicile, les patients concernés seront contraints de se rendre aux urgences, souvent avec un bon de transport en véhicule sanitaire léger ou en taxi. Aussi la revalorisation des visites à domicile favorisera-t-elle grandement l'offre de soins et évitera-t-elle des consultations aux urgences.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). J'ai entendu dire tout à l'heure qu'une obligation de participer à la permanence des soins pourrait décourager l'installation des médecins dans les zones concernées. C'est une erreur : alors que 50 % des médecins sont aujourd'hui en burn-out, nous proposons en réalité de mieux répartir la charge de cette permanence. Dans les Vosges, 80 % des médecins y participent, contre 6 % à Paris. Trop peu de médecins contribuent à assurer

la permanence des soins, et ceux qui le font sont en train de s'user au travail. Chez moi, dans la Haute-Vienne, l'Ordre lui-même est plutôt favorable à une telle obligation, qui incitera les médecins qui s'investissent dans cette permanence à le faire de manière plus équilibrée, tandis que les autres rechigneront moins à s'y engager, sachant qu'ils ne seront pas seuls et qu'ils pourront se répartir la charge de travail.

M. Philippe Vigier (Dem). Nous essayons de réorganiser le système de santé dans sa globalité. On ne peut pas traiter isolément la médecine libérale, les établissements privés ou les centres hospitaliers : les autres éléments de l'ensemble en subiraient inévitablement les conséquences.

M. le rapporteur entrouvre la porte en voulant remettre en avant la permanence des soins. Certains médecins y participent déjà spontanément et se sont organisés en conséquence. Pour ma part, je ne suis pas du tout favorable à ce que l'organisation de cette permanence soit laissée à la main du directeur général de l'ARS. Nous en avons déjà fait l'expérience douloureuse, dans mon département, le 31 décembre, lorsque nous avons vu les réquisitions tomber : vous imaginez bien que les médecins n'ont pas passé le jour de l'an dans des conditions idéales. Mieux vaut faire confiance aux professionnels du territoire qu'à une administration éloignée de plusieurs centaines de kilomètres !

Comme M. Neuder l'a très bien expliqué, le médecin libéral exerçant dans un établissement soumis à la permanence des soins va démissionner, même si Stéphanie Rist a essayé de mettre un peu d'ordre sur la question des intérimaires, ou tout du moins quitter l'établissement s'il ne veut pas de contraintes le week-end. Je le répète, il faut aborder toutes ces questions de façon globale.

Enfin, ne racontons pas d'histoires à nos compatriotes : nous n'arriverons pas à organiser la permanence des soins sans financement dédié. Il est indispensable que ceux qui acceptent, à côté du suivi de leur patientèle, de dégager du temps pour participer à cette permanence voient leurs actes revalorisés. Ce serait du gagnant-gagnant, puisque cette solution permettrait d'éviter l'insupportable engorgement des hôpitaux.

M. Joël Aviragnet (SOC). Monsieur le rapporteur, votre volonté de renforcer la permanence des soins est tout à fait louable, mais il nous semble d'important d'aller plus loin. Nous maintenons donc notre amendement, même si nous voterons le vôtre.

M. le rapporteur. Nous avons tous conscience de l'importance de ce débat, et nous sommes prêts à des avancées majeures pour notre système de santé. En faisant participer à la permanence des soins un plus grand nombre d'acteurs, notamment les établissements privés qui y contribuent aujourd'hui de façon très marginale, nous améliorerons grandement la qualité et l'efficacité de la prise en charge des Français.

J'aimerais rassurer Philippe Vigier et d'autres de nos collègues en rappelant la cohérence du système de permanence des soins tel qu'il résulte à la fois de la loi Rist, que nous avons définitivement adoptée il y a quelques semaines, et des dispositifs qui vous sont proposés ce matin. Toutes ces dispositions visent le même objectif : nous voulons qu'un plus grand nombre de soignants participent à la permanence des soins, tant en ambulatoire qu'en établissement.

S'agissant de l'ambulatoire, rappelez-vous que la loi Rist a posé un principe de responsabilité collective et que l'article 1^{er} de la présente proposition de loi, que nous avons

adopté lundi soir, assigne cette obligation d'assurer la permanence des soins au conseil territorial de santé (CTS), composé du préfet, du directeur de l'ARS ainsi que de représentants des soignants, des associations d'usagers et des élus locaux. Ce sont donc bien les acteurs de terrain qui organiseront la permanence des soins, notamment ambulatoires, sans planter un couteau dans le dos de chacun des médecins de ville. Nous pouvons leur faire confiance : la présence des élus au sein du CTS sera essentielle, puisqu'ils veilleront à l'intérêt général et feront en sorte que la permanence soit proprement organisée dans leur territoire.

Quant à la PDSES, je le répète, le rééquilibrage que nous opérons sera très bénéfique aux personnels hospitaliers, qui attendent de nous un signal. Ils ne veulent plus être les seuls à laisser la lumière allumée sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Dorénavant, la lumière sera aussi allumée dans les cliniques – je sais bien qu'il n'y en a pas partout en France –, ce qui fera du bien à tout le monde.

*La commission **rejette** successivement les amendements identiques, les amendements AS420 et AS239 et le sous-amendement AS773.*

*Puis elle **adopte** l'amendement AS772 et l'article 4 est **ainsi rédigé**.*

*En conséquence, les amendements AS10 de M. Guillaume Garot, AS108 et AS202 de M. Thierry Frappé, AS225 de M. Timothée Houssin ainsi qu'AS206 et AS345 de M. Thierry Frappé **tombent**.*

Après l'article 4

Amendements identiques AS304 de M. Thibault Bazin et AS475 de M. Freddy Sertin.

M. Thibault Bazin (LR). Il nous a semblé essentiel de poursuivre notre réflexion relative aux droits et devoirs en matière de santé en prévoyant que le droit fondamental à la protection de la santé est mis en œuvre dans le cadre d'un service public de santé incluant tous les acteurs, dès lors qu'ils remplissent la même mission. Cette notion présente non seulement l'intérêt d'apporter l'unité qui fait aujourd'hui cruellement défaut à notre système de santé, mais également celui de décloisonner le sanitaire et le médico-social dans une logique de parcours. Il ne faut pas opposer les acteurs, qui seront tous inclus dans ce service public de santé – ils s'en excluraient d'eux-mêmes dès lors qu'ils ne rempliraient pas les conditions posées par l'article L. 1110-1-2 du code de la santé publique, à savoir l'égalité d'accès à des soins de qualité, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ainsi que l'absence de reste à charge garantissant l'accessibilité financière. Nous pourrions ainsi constater que certains acteurs privés remplissent des missions de service public.

M. Freddy Sertin (RE). Nous souhaitons toujours que soient conclus, dans un territoire donné, des partenariats entre l'ensemble des professionnels de santé. Notre amendement vise justement à encourager les liens entre médecine hospitalière et médecine libérale afin de mieux répondre aux besoins et aux attentes de nos concitoyens.

M. le rapporteur. Nous avons déjà débattu de cette question lundi soir. Votre souhait est satisfait par les fondements de l'organisation de notre système de santé. La reconnaissance de l'existence d'acteurs différents et de la nécessité pour ces derniers de travailler ensemble dans les territoires ressort de la pratique, si j'ose dire.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Yannick Neuder (LR). Nous avons effectivement eu cette discussion lundi soir et vous venez de réexpliquer l'importance des CTS afin d'assurer la cohérence du système de permanence des soins. Je me suis demandé de quel CTS je dépendais ; des recherches sur internet m'ont permis de découvrir qui assurait la présidence et la vice-présidence de cette instance. J'ai interrogé mes collègues pour savoir ce qu'ils savaient de ces structures : personne ne les connaissait ! Honnêtement, je ne crois pas que le CTS, qui réunit beaucoup de monde – le préfet, les parlementaires, des représentants des patients, etc. –, sera l'instance efficiente pour organiser les soins de proximité. Les communautés professionnelles territoriales de santé ont déjà parfois du mal à remplir cette mission : pense-t-on que cela marchera mieux à l'échelon départemental ? En Isère, un département de 1 400 000 habitants, avec des zones d'attractivité des métropoles et des groupements hospitaliers de territoire (GHT) très différents les uns des autres, le CTS pourra-t-il coordonner le parcours santé des patients à l'échelon proximal ? Je n'y crois pas ! Je serais très déçu que l'on fasse croire cela à nos concitoyens et que les membres de notre commission, notamment les plus favorables à des mesures transpartisanes en matière de permanence des soins, puissent penser une minute que le CTS permettra d'organiser les soins de proximité pour tous. Restons vigilants !

M. le rapporteur. Je ne voudrais pas laisser dire des contre-vérités. Nous savons qu'aujourd'hui les CTS ne fonctionnent pas, que ce sont des coquilles vides qui n'ont pas de mission et qui se réunissent peu. Ils ne peuvent que décevoir ! C'est pourquoi nous voulons les renforcer et leur donner des missions précises et concrètes : organiser la permanence des soins et les coopérations, apporter des réponses aux questions de prévention, assurer le bon équilibre des forces médicales dans les territoires. C'est désormais dans ce cadre que seront élaborées les stratégies territoriales en matière de santé. Il faut croire en la capacité des acteurs d'organiser ensemble les soins dans leur territoire. On a rappelé par ailleurs que le périmètre des CTS ne devait pas forcément correspondre aux limites des départements et que leurs frontières gagneraient à être redéfinies en cas d'adoption et de mise en œuvre de la présente proposition de loi.

L'amendement AS475 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS304.

Amendement AS362 de M. Thierry Frappé.

M. Thierry Frappé (RN). Cette proposition de loi qui vise à améliorer l'accès aux soins ne répond pas à l'urgence que constitue la pénurie actuelle de médecins et de professionnels de santé. Il faut que ces métiers redeviennent attractifs sur l'ensemble du territoire national. Aussi demandons-nous au Gouvernement de nous remettre un rapport évaluant l'impact d'une modification de l'article 151 *ter* du code général des impôts portant de soixante à cent vingt le nombre maximal de jours de permanence de soins dans les déserts médicaux ouvrant droit à une exonération d'impôt sur le revenu.

M. le rapporteur. Avis défavorable pour plusieurs raisons, à commencer par mon goût assez peu prononcé pour la multiplication des rapports. Par ailleurs, je ne suis pas sûr que l'élargissement des exonérations fiscales soit une préoccupation majeure en matière d'accès aux soins. Enfin, nous avons adopté lundi soir un amendement visant à mieux encadrer et à limiter les dispositifs d'accompagnement, y compris fiscaux, dont bénéficient les professionnels de santé.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS699 de M. Benoit Mournet.

M. Benoit Mournet (RE). Cet amendement de repli, par rapport à ceux que nous avons examinés avant-hier, vise à confier à l'Igas et à l'Inspection générale des finances (IGF) une mission conjointe consistant à dresser un état des lieux, à effectuer un parangonnage et à formuler des propositions en matière de régulation de l'installation des médecins. Cela permettra d'objectiver le sujet et d'apaiser le débat pendant les prochains mois. Ce rapport existe déjà en partie, puisque les inspections ont travaillé sur les soins de ville. Il serait utile que leur travail soit repris dans cette optique.

M. le rapporteur. Pardonnez-moi de ne pas partager votre enthousiasme ! Pourquoi saisir l'IGF et l'Igas ? C'est une question sur laquelle pourrait se pencher notre assemblée. Je salue le coprésident du groupe d'études sur les déserts médicaux et l'accès aux soins, M. Timothée Houssin, qui participe à tous nos débats ; ce groupe pourrait se saisir de ces sujets larges, qui ne nécessitent pas forcément une grande expertise technique ni un important soutien administratif. Depuis lundi, nous avons repoussé un grand nombre de demandes de rapport. Pour ne pas donner l'impression que j'en privilégierais certaines, j'émet un avis défavorable à votre amendement.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Vous connaissez notre enthousiasme s'agissant des demandes de rapport : celle-ci ne fait pas exception, d'autant que M. Mournet a précisé que le rapport existait déjà ! Je vois donc dans cet amendement une forme d'appel. Cela me rappelle nos débats sur la réforme de l'assurance chômage, lorsque nous avons obtenu, sous la pression de la commission, la publication d'un rapport existant sur le non-recours à l'assurance chômage. Par ailleurs, on sait que la demande de régulation est consensuelle dans le pays, et qu'elle émane notamment des associations d'élus locaux comme l'Association des petites villes de France (APVF) réunie la semaine dernière à Millau. Demander un rapport, c'est à la fois obtenir une information nécessaire et marquer politiquement une forme d'ouverture sur un sujet. Vous nous avez déjà refusé des dizaines de rapports : vous pouvez bien nous en accorder un !

M. Thibault Bazin (LR). Je m'étonne de la formulation et de la recevabilité juridique de cet amendement. Il me semblait qu'il n'était pas permis de donner une injonction au Gouvernement. De nouvelles règles auraient-elles été édictées ? Habituellement, on demande au Gouvernement de remettre un rapport au Parlement ; or le présent amendement prévoit simplement que le Gouvernement saisira deux inspections. Du reste, il n'a pas besoin de cet amendement pour le faire !

M. Yannick Neuder (LR). M. Clouet a évoqué la demande des élus locaux, notamment celle de l'APVF. Il y a un petit côté démagogique à vouloir répondre à ces demandes, car le vrai problème est numérique : nous manquons de médecins. Il est un peu trop facile de demander sans cesse des rapports pour garnir nos étagères quand on ne fait rien pour augmenter le nombre de places dans les formations. Je propose donc une réponse beaucoup plus rapide : faire sauter le numerus apertus, organiser des examens et arrêter d'envoyer à l'étranger les étudiants français qui veulent faire médecine mais n'ont plus le droit de redoubler ! Voilà une mesure radicale que l'APVF et tous les élus locaux sont capables de comprendre. Le problème, c'est qu'il faut dix ans pour former un médecin : il convient donc de prévoir des passerelles permettant à des personnels paramédicaux de devenir plus rapidement médecins – ce sera une offre professionnelle intéressante. Je regrette que tous les gouvernements qui se sont succédé, quelle que soit leur couleur politique, aient refusé de mettre en œuvre cette mesure urgente. Si cela avait été fait il y a dix ans, nous disposerions maintenant des médecins dont nous avons besoin.

La commission rejette l'amendement.

Article 5 : Extension du contrat d'engagement de service public

Amendement AS661 de M. Jérémie Patrier-Leitus.

M. Jérémie Patrier-Leitus (HOR). Cet amendement vise à préciser que le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre en contrat d'engagement de service public (CESP) est déterminé en fonction de l'évaluation des besoins en offre de soins sur le territoire. Vous me répondrez sans doute que c'est évident, mais cela va mieux en l'écrivant !

M. le rapporteur. Votre amendement me semble déjà satisfait. Il conviendrait plutôt d'accroître l'attractivité du CESP, de réfléchir au nombre de contrats proposés et de s'interroger sur l'étendue des filières concernées.

Demande de retrait.

M. Philippe Vigier (Dem). Cet amendement part d'une bonne idée, mais nous ne pouvons l'adopter pour une raison simple : nous ne pouvons mettre en place des dispositifs différents sur le territoire métropolitain et dans les outre-mer. En revanche, il est tout à fait possible d'encourager l'augmentation de la formation dans certains territoires, avec des CESP à la clef.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement de notre collègue de la majorité est très intéressant. Alors que l'article 4 étend le périmètre des médecins invités à participer à la permanence des soins, il conviendrait aussi, en corollaire, de permettre la conclusion de CESP dans tous les établissements appelés à assurer ces missions de service public. Il s'agirait d'une mesure gagnant-gagnant, qui permettrait d'encourager tous les étudiants intéressés par cet exercice à poursuivre dans cette voie.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Il y a vraisemblablement un flou sur le fait que cette disposition est déjà en vigueur : cela vaudrait donc la peine de l'inscrire dans la présente proposition de loi.

M. Vigier prétend qu'on ne peut pas adapter les politiques aux territoires. Il me semble pourtant que l'ancien numerus clausus était déterminé en fonction des capacités de formation et des territoires. Il pourrait en être de même pour les CESP : il faudrait encourager la conclusion d'un plus grand nombre de contrats là où les besoins en médecins sont les plus importants.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Il me semble que cette disposition est déjà appliquée. L'ARS propose des postes en CESP en fonction des souhaits des étudiants et des besoins du territoire où ils devront exercer pendant un nombre d'années égal à celui de la bourse qu'ils ont obtenue. Autrement dit, le CESP ne leur permet pas de s'installer où ils veulent.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Il est nécessaire de développer les CESP ; or je me demande si cet amendement ne produirait pas l'effet inverse de ce qui est recherché. Il vaudrait mieux se fixer des objectifs ambitieux en la matière – ce que cette proposition de loi ne fait pas – et faire du CESP une modalité des études de médecine beaucoup plus fréquente. Du reste, cela aiderait les jeunes issus de familles populaires à entreprendre de telles études, alors qu'un grand nombre d'entre eux ont été, pour une raison ou pour une autre, découragés

de s'engager dans cette voie. Le numerus apertus n'a rien réglé : on continue de ne pas former assez de médecins et de détourner trop de jeunes des études de médecine.

M. le rapporteur. Vous avez raison, monsieur Dharréville, et vous allez être satisfait par l'augmentation du nombre de CESP dont nous allons bientôt discuter.

J'ai demandé à M. Patrier-Leitus de retirer son amendement, car la procédure actuelle correspond déjà à ce qu'il souhaite. Le nombre et la répartition des contrats proposés ne sont pas déconnectés de la situation des territoires : ils sont déterminés en amont, en fonction des besoins de chaque région remontés par les ARS. Les spécificités et tensions régionales sont donc déjà prises en compte par le dispositif actuel.

L'amendement est retiré.

*La commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS733 et AS731 de M. Frédéric Valletoux.*

Amendement AS195 de M. Emeric Salmon.

M. Thierry Frappé (RN). Cet amendement vise à préciser l'ordre de priorité dans lequel sont signés les CESP prévus à l'article L. 632-6 du code de l'éducation. En accordant la priorité aux étudiants de nationalité française ou ressortissants de l'Union européenne, cette mesure vise à garantir que les opportunités offertes par les CESP profitent en premier lieu aux étudiants nationaux, en mesure de contribuer directement au repeuplement des déserts médicaux sur le territoire national. Il est essentiel de s'assurer que les efforts déployés pour lutter contre ces déserts médicaux bénéficient en premier lieu aux professionnels de santé locaux, tout en reconnaissant l'importance de la contribution des professionnels étrangers formés en France.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

Une fois de plus, vous cherchez à diminuer la portée du principe d'égalité sur lequel reposent notre droit, nos engagements européens et l'accès à ce type de contrat. Quoi qu'il en soit, il est inutile de pousser les feux dans cette direction, car le nombre de contrats proposés est largement supérieur au nombre d'étudiants souhaitant en bénéficier : ainsi, personne ne se voit refuser un CESP.

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

Amendement AS204 de M. Thierry Frappé.

M. Thierry Frappé (RN). Cet amendement vise à préciser l'exécution du CESP auprès des jeunes professionnels afin qu'ils puissent connaître préalablement le service et le secteur d'activité ainsi que les diverses missions. Certains professionnels, en effet, éprouvent une certaine déception lors de l'exercice d'un contrat qui ne répond pas à leur souhait de développer certaines compétences dans un domaine précis.

M. le rapporteur. Avis défavorable à une disposition qui relève du règlement et non de la loi.

M. Philippe Vigier (Dem). L'amendement de M. Frappé est déjà satisfait. Je l'invite à lire le contrat liant les étudiants avec les doyens de la faculté de médecine.

Par ailleurs, l'adoption de l'amendement qu'il a précédemment défendu aurait entraîné la suppression de 10 000 postes de praticiens à diplôme hors Union européenne, dont 3 950 viennent d'être régularisés au titre de la validation des acquis de l'expérience. Tout le système hospitalier français se serait effondré.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS732 de M. Frédéric Valletoux,.

Amendement AS133 de Mme Christine Loir.

Mme Christine Loir (RN). Nous en convenons tous, nous manquons de personnel médical dans l'ensemble du territoire national. Les CESP doivent être développés, notamment à l'échelon local, afin de renforcer l'enracinement des professionnels de santé. Je propose donc d'allonger la période minimale obligatoire d'exercice en la portant de deux à quatre ans.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

En moyenne, les étudiants signataires reçoivent déjà une allocation depuis quatre ans, ce qui implique qu'ils resteront autant d'années dans le territoire d'exercice. De plus, il importe de ne pas rigidifier l'attractivité du contrat.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS193 de M. Emeric Salmon.

M. Thierry Frappé (RN). L'amendement vise à responsabiliser les universitaires en leur demandant de promouvoir l'article L. 632-6 du code de l'éducation auprès des étudiants en santé, lesquels ne sont pas toujours au courant de l'existence de ce type de dispositif. Ils doivent les informer sur les possibilités offertes par le CESP ainsi que sur ses avantages et obligations.

M. le rapporteur. Avis défavorable à un amendement trop restrictif et prescriptif. Les universitaires, certes, mais aussi les syndicats étudiants, les ARS ou les collectivités locales peuvent également promouvoir ce type de contrat.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 5 modifié.

Après l'article 5

Amendement AS64 de M. Yannick Neuder.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement vise à préciser les conditions d'hébergement des étudiants en médecine effectuant leur stage en zone sous-dotée. Les élus locaux peuvent prendre des mesures simples, comme je l'ai fait sur mon territoire, en leur réservant, par exemple, les logements autrefois destinés aux instituteurs dans les écoles. Alors que nous nous situons dans un champ régalién, est-ce normal qu'une disposition relève seulement des collectivités locales ?

M. le rapporteur. Avis défavorable. Un tel dispositif est en effet d'ores et déjà possible et la loi n'apportera rien de plus.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS528 et AS527 de M. Timothée Houssin (discussion commune).

M. Timothée Houssin (RN). Les ministères de l'éducation nationale et de la santé doivent promouvoir les études de médecine au sein des lycées situés dans des déserts médicaux, jugés peu attractifs par les jeunes médecins à moins, considèrent 69 % d'entre eux, d'y avoir des liens familiaux ou amicaux. Or, dans ces territoires, de brillants lycéens ne s'engagent pas vers des études longues faute, notamment, d'y être incités.

Par ailleurs, j'ai déposé avec M. Frappé des amendements, qui sont tombés, visant à établir une limite d'âge à l'obligation de participation à la permanence des soins. Je crains que des médecins âgés, qui continuent de travailler alors qu'ils pourraient faire valoir leur droit à la retraite, ne renoncent à poursuivre leur exercice.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

Il importe en effet de valoriser et de faire connaître les filières du soin, mais je ne suis pas certain qu'une inscription dans la loi s'impose. Nous aurons l'occasion d'en rediscuter.

S'agissant du second point, la loi Rist en appelle à l'engagement collectif des médecins, que l'article 1^{er} de cette proposition de loi permet d'organiser territoire par territoire. Les praticiens qui, physiquement, ne peuvent supporter des gardes, seront suppléés par leurs collègues. Il n'est pas question d'un engagement individuel.

M. Jean-François Rousset (RE). Environ 6 % des bacheliers de départements comme le Lot ou l'Aveyron ont des notes ou des mentions supérieures à ceux des grandes villes. Pour les amener à entreprendre des études de médecine, nul besoin d'en passer par la loi. À Millau, une classe sera dévolue dès la rentrée 2023 à la préparation spécifique de ces élèves aux métiers de la santé.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS342 de Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet (LR). L'amendement vise à rétablir une mesure prise par arrêté en 1992 et abrogée le 1^{er} septembre 2012. Il convient de rendre obligatoire la réalisation d'un stage durant la seconde année du premier cycle et la première année du deuxième cycle. Fixé à 400 heures, il sera effectué dans des hôpitaux de proximité. Le législateur doit orienter les jeunes étudiants au plus tôt dans leur parcours afin qu'ils prennent connaissance des réalités de nos territoires, sachant qu'ils sont plus mobiles à 20 ans qu'à 30.

M. le rapporteur. Demande de retrait ou avis défavorable.

L'intention est certes louable mais elle est assez loin de cette proposition de loi. De plus, je préférerais que nous raisonnions en termes de territoires sous denses plutôt que d'établissements de proximité, lesquels ne relèvent pas nécessairement de zones sous-denses.

La commission rejette l'amendement.

Article 5 bis (nouveau) : *Renforcer la prise en compte des besoins de santé du territoire dans la détermination du nombre d'étudiants admis à poursuivre des études de santé*

Amendements AS404 de M. Pierre Dharréville et AS455 de M. Yannick Neuder, amendements identiques AS72 de M. Joël Aviragnet, AS183 M. Jérôme Nury, AS334 rectifié de Mme Danielle Brulebois, AS536 de M. Guillaume Garot, AS552 de M. Nicolas Forissier et AS705 rectifié de M. Benoit Mournet (discussion commune).

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Afin de lutter contre les inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, l'offre de formation des médecins doit être déterminée en premier lieu en partant des besoins de santé des territoires, et non des capacités de formation du système universitaire.

M. Yannick Neuder (LR). Il convient de supprimer le numerus apertus, qui n'a permis d'augmenter que de 15 % le nombre d'étudiants alors même que, selon la ministre déléguée auprès du ministre de la santé et de la prévention, les déserts médicaux s'étendent sur 87 % du territoire national et que nous avons perdu 5 000 médecins généralistes en dix ans. Les élus locaux, en lien avec les universités et les ARS, pourront évaluer les besoins des différents territoires et un examen permettra d'apprécier les étudiants autrement que sur leurs réponses à des questionnaires à choix multiples.

M. Joël Aviragnet (SOC). Notre amendement vise à donner la priorité aux besoins des territoires dans le conditionnement du nombre d'étudiants en deuxième et troisième années de premier cycle.

L'article L. 631-1 du code de l'éducation dispose que les capacités d'accueil sont déterminées annuellement par les universités en fonction, d'une part, des capacités de formation et, d'autre part, des besoins de santé des territoires. Il convient d'abord de tenir compte des seconds.

M. Philippe Juvin (LR). Je défends l'amendement AS183.

Nous ne formons pas suffisamment de médecins car le numerus clausus, en fait, existe toujours. Les Anglais, qui sont confrontés à ce même problème, l'ont résolu en doublant ce dernier. On nous assure que ce n'est pas possible en France faute d'une capacité de formation suffisante, mais c'est faux. Il faut prioritairement envoyer les étudiants en médecine, internes et externes, ailleurs que dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), dans le privé, au sein de la protection maternelle et infantile (PMI), dans les Ehpad, etc. Les terrains de stage sont là.

Néanmoins, la priorité n'est pas tant la capacité de formation que la définition des vrais besoins des territoires. Ce sont eux qui doivent être pris en compte.

Mme Danielle Brulebois (RE). La suppression du numerus clausus a permis de former un nombre important de médecins mais, souvent, le manque de places dans les universités est criant, comme à l'université de Besançon. Nous proposons donc de prendre en compte, au premier chef, les besoins en médecins sur les territoires et d'ouvrir les places nécessaires dans les facultés.

M. Guillaume Garot (SOC). Mon amendement est issu du groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux. Certes, nous devons former davantage de médecins mais, surtout, dans les territoires en déshérence, et ce pour une raison simple : il est plus facile

d'exercer où l'on a été formé. Donnons la priorité aux territoires qui rencontrent les plus grandes difficultés !

Pour être à même de former plus de médecins, il faudra également libérer plus de surfaces, avoir plus d'enseignants et peut-être, également, plus de CHU.

M. Philippe Vigier (Dem). Je défends l'amendement AS552.

En 2001, seulement 3 500 médecins étaient en formation et nous en sommes aujourd'hui à 9 000. Reconnaissez que le numerus apertus est une avancée !

À Orléans, nous avons un CHU depuis un an et demi mais nous manquons de 150 enseignants en région Centre-Val de Loire. Il importe de disposer d'une capacité de formation correspondant aux besoins des régions, comme c'était le cas dans le cadre des internats des régions, qui ont été supprimés. L'internat national classant ne les a pas même remplacés puisque, désormais, tout le monde devient interne.

M. Benoit Mournet (RE). Il convient en effet de hiérarchiser les priorités en privilégiant les besoins des territoires sur les capacités de formation.

Sans doute serait-il opportun de former plus encore en médecine de ville, dans les cliniques privées et les CHU. Nous devons faire feu de tout bois pour répondre aux besoins de santé de nos territoires.

M. le rapporteur. Je partage toutes ces intentions. Je suis défavorable aux amendements AS404 et AS455 mais favorable aux amendements identiques, dont la rédaction me semble meilleure.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je retire l'amendement AS404 mais à condition qu'il soit jugé recevable et que je puisse le redéposer en séance publique !

M. Yannick Neuder (LR). Je maintiens l'amendement AS455, qui nous donne l'occasion historique de supprimer le numerus clausus-apertus. Ne faisons pas valoir je ne sais quelle difficulté rédactionnelle : c'est une question politique.

Les terrains de stage peuvent se multiplier hors des CHU, auprès des médecins libéraux, ce qui réglerait le problème du manque de formateurs.

L'adoption ou non de cet amendement conditionnera largement le vote de notre groupe sur l'ensemble du texte. S'il n'est pas adopté, cela montrera que cette proposition de loi ne sert qu'à amuser la galerie parlementaire.

Mme la rapporteure générale. Je m'étonne qu'aussi bien à droite qu'à gauche on considère que le numerus clausus existe toujours alors que nous sommes les premiers à y avoir mis un terme. Nous n'aurions pas cette discussion s'il n'était plus en vigueur depuis quinze ou vingt ans. Environ 18 % d'étudiants supplémentaires sont formés. De plus, la mission lancée par notre commission évaluera cette réforme. Probablement sera-t-elle l'occasion de réfléchir à une augmentation des moyens alloués aux universités qui proposent des licences accès santé.

M. Neuder semble considérer que son amendement, comme par magie, règlera le problème des déserts médicaux alors que la loi prévoit déjà de saisir les conférences régionales

de la santé et de l'autonomie pour déterminer les besoins en formation d'étudiants en deuxième année, les ARS se déterminant ensuite en fonction de son avis.

Enfin, je suis étonnée que certains proposent d'augmenter le nombre d'étudiants indépendamment des capacités de formation.

Mme Laure Lavalette (RN). Mme Rist est un peu caricaturale. L'augmentation des effectifs suppose évidemment celle des capacités de formation.

Je vous invite à rencontrer les représentants du collectif national Pass/Las, qui vous diront combien la réforme Vidal était inepte. La promotion charnière a été sacrifiée, hors dans quelques facultés parisiennes, puisque des étudiants qui voulaient être médecins depuis le cours préparatoire ont dû partager le gâteau avec des étudiants de deuxième année parce qu'ils redoublaient alors qu'eux n'en avaient pas le droit. Ne nous leurrions pas, un étudiant en sciences et techniques des activités physiques et sportives ou en psychologie partage aussi le gâteau avec un étudiant qui passe un concours différent, dont l'oral est d'ailleurs problématique puisque nombre d'étudiants brillants y échouent.

Il n'est pas possible de se satisfaire que des étudiants partent en Roumanie, en Espagne ou au Portugal pour faire médecine. Peut-être faut-il en effet doubler le numerus apertus ! Laissons nos enfants accomplir leur rêve !

M. Philippe Juvin (LR). Il faut arrêter l'autosatisfaction ou l'autoflagellation permanente ! En 1993, nous formions 3 500 médecins, en 2007, 7 000, en 2016, 7 600 et en 2020, 9 361. Chacun a donc fait sa part et vous avez fait la vôtre, modeste. Il n'y a pas eu de révolution.

De plus, vous n'avez pas supprimé le numerus clausus, vous avez changé son nom. Je ne suis pas choqué que les autorités fixent un nombre de médecins à former. Le problème, c'est le niveau du numerus clausus.

Enfin, en tant que professeur de médecine, je ne vous dirai pas que nous allons former les médecins n'importe comment, mais je vous dis que l'on pourrait très facilement envoyer des étudiants sur des terrains de stage qui ne sont ni universitaires, ni hospitaliers. On ne le fait pas pour des raisons culturelles.

M. le rapporteur. L'amendement de M. Neuder ne réglera pas la question du numerus apertus par l'ajout d'une commission. Il n'est pas non plus possible de prétendre que si cet amendement n'était pas adopté, ce texte relèverait de l'esbroufe. Vous nous avez suffisamment expliqué que nous nous apprêtons à déstabiliser le système de santé et que cette réforme aurait de lourdes conséquences pour l'organisation des soins, pour comprendre que, au contraire, cette proposition de loi fera bouger les lignes.

L'amendement AS404 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS455.

Puis elle adopte les amendements identiques.

Après l'article 5

Amendement AS271 de M. Yannick Neuder.

M. Yannick Neuder (LR). Je propose de simplifier les conditions d'agrément et de formation des maîtres de stage afin de former un plus grand nombre de médecins. Tout ne pas se faire au sein des centres hospitaliers. Les médecins libéraux, les praticiens des cliniques privées peuvent très bien devenir maîtres de stage.

Le numerus clausus-apertus doit être modifié, car il ne faut en aucun cas pénaliser les hôpitaux en les privant d'internes. Nous devons en former davantage !

M. le rapporteur. Avis défavorable à un amendement qui ne correspond pas à l'exposé des motifs qui vient d'en être donné.

Mme la rapporteure générale. Je n'ai jamais dit qu'il ne fallait pas augmenter le nombre d'étudiants. Nous nous sommes précisément battus, en 2019, pour mettre un terme au numerus clausus. Nous avons, de surcroît, travaillé dans le sens de la décentralisation puisque c'est désormais aux régions, et non plus à l'État, de définir le nombre d'étudiants de deuxième année. Nous pouvons tous convenir, en revanche, que nous ne disposons pas d'un nombre suffisant d'étudiants compte tenu d'une population vieillissante.

S'agissant des parcours d'accès spécifique santé/licence accès santé, je vous rappelle que les universités sont autonomes. Nous devons évaluer la réforme Ma santé 2022 afin de pouvoir améliorer leur situation.

M. Thibault Bazin (LR). La méthode me semble plus importante que l'objectif. Je ne suis pas sûr que l'adoption des amendements identiques et l'inversion des formules changeront la donne.

L'augmentation de 2019 n'a pas été uniforme, ce qui est regrettable. Les capacités de formation sont un véritable enjeu, qui ne dépend pas du seul législateur. Les universités en sont parties prenantes – localement, les facultés de médecine.

Nous ne manquons pas de terrains de stage en établissement, mais nous sommes confrontés à un problème dans les territoires en souffrance. Leur diversification est un vrai défi.

M. Philippe Vigier (Dem). Cet amendement n'est pas bien rédigé mais nous sommes d'accord : il est administrativement très difficile de trouver des maîtres de stage. Essayez de remplir le dossier, c'est aussi compliqué que les dossiers de la politique agricole commune ! De plus, certains maîtres de stage, avant la vidéoformation, devaient faire jusqu'à 150 kilomètres pour se rendre à la faculté. En revanche, il ne faut pas simplifier la formation.

L'hospitalo-centrisme est bien réel mais dès lors qu'il faut trouver des terrains de stage décentralisés, c'est la foire d'empoigne.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS117 de M. Luc Lamirault.

M. François Gernigon (HOR). Il s'agit de rendre obligatoire le stage en zone sous-dotée, en espérant que le contact avec la patientèle locale et la découverte du territoire convaincront certains des futurs médecins de s'y installer.

M. le rapporteur. Défavorable.

Je n'ai entendu aucune demande en ce sens lors des auditions. Il n'est pas interdit de faire des stages en zone sous-dotée. Il convient de mener une réflexion globale sur les stages plutôt que d'imposer des contraintes décousues.

L'amendement est retiré.

Amendement AS604 de Mme Béatrice Bellamy.

Mme Béatrice Bellamy (HOR). Alors que 87 % du territoire français est qualifié de désert médical, les collectivités territoriales sont souvent en concurrence pour capter les aides financières allouées aux zones sous-dotées et attirer des médecins. Pour mettre un terme à ces rivalités, il serait plus pertinent de définir des zones suffisamment dotées, dans lesquelles l'installation des médecins serait freinée.

M. le rapporteur. L'amendement est satisfait par celui que nous avons adopté lundi à l'initiative de M. Garot, visant à créer un indicateur pour mieux mesurer l'offre de soins dans les territoires.

L'amendement est retiré.

Amendement AS605 de Mme Stéphanie Rist.

Mme la rapporteure générale. Le constat sur la santé des étudiants en médecine est alarmant : 75 % d'entre eux montrent des symptômes d'anxiété pathologique et 39 % des symptômes de dépression, selon une enquête publiée l'an dernier. La visite médicale obligatoire au début de l'internat est rarement effectuée tandis que le suivi médical est compliqué par les fréquents changements de lieu de stage.

L'amendement vise à créer, à titre expérimental, des unités de soins dédiées au suivi médical et psychique des internes, sous la responsabilité conjointe de l'unité de formation et de recherche en médecine et du centre hospitalier régional concerné.

M. le rapporteur. Vous avez raison de mettre en lumière ce sujet compliqué mais ô combien important. Néanmoins, je vous propose de retirer l'amendement et d'en revoir la rédaction d'ici à la séance afin de garantir son efficacité.

L'amendement est retiré.

Amendement AS643 de M. Sébastien Peytavie.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Si les effectifs de médecins sont appelés, d'ici à dix ans, à retrouver leur niveau des années 2000, les besoins de santé ne cessent de croître, notamment sous l'effet du vieillissement de la population et de la multiplication des maladies chroniques.

La lutte contre les déserts médicaux exige une vision de long terme. Il est donc proposé de créer, à titre expérimental, sur le modèle de ce que pratique déjà un établissement de Saint-Céré dans le Lot, une option « santé » dans les lycées des zones sous-denses afin de susciter des vocations.

M. le rapporteur. Je vous demande le retrait de votre amendement même si j'en partage l'esprit.

Vous l'avez dit, des expérimentations sont en cours, il n'est donc pas nécessaire d'en inscrire le principe dans la loi. En outre, une réflexion globale est nécessaire pour trouver les moyens de rendre plus attractive la formation aux métiers de santé et d'en faciliter l'accès. Peut-être faut-il plutôt envisager de renforcer et de pérenniser les expérimentations actuelles.

M. Philippe Juvin (LR). L'amendement de M. Peytavie mérite d'être soutenu. N'oubliez pas que de nombreux étudiants s'engagent dans des études de santé et abandonnent – 25 % des élèves infirmiers n'exerceront jamais ce métier. Il importe donc de mieux informer les élèves sur ce que sont les professions de santé.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS80 de M. Joël Aviragnet, AS188 de M. Jérôme Nury, AS541 de M. Guillaume Garot, AS558 de M. Philippe Vigier et AS574 de M. Nicolas Sansu.

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement a pour objet la remise, par le Gouvernement, d'un rapport sur les conditions de travail ainsi que le statut des externes et des internes en médecine. Faiblement rémunérés, parfois mal encadrés faute de praticiens disponibles, et souvent soumis à un rythme de travail éreintant, les internes ne doivent pas devenir une variable d'ajustement comptable de notre système de soins.

M. Philippe Juvin (LR). Je défends l'amendement AS188. Nombre de nos hôpitaux, en particulier les hôpitaux universitaires, tiennent grâce aux étudiants en médecine. Si vous leur enlevez les internes et les externes, certains services ne fonctionnent plus. Or un externe est payé 260 euros brut par mois. Qu'attendons-nous pour leur donner une rémunération au taux horaire au moins équivalent au Smic ? Dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), nous devons déjà leur garantir des conditions de travail décentes, comme à tous les stagiaires.

M. Guillaume Garot (SOC). Les internes portent à bout de bras l'hôpital, et sans doute, une grande partie de notre système de santé. La moindre des choses est de reconnaître leur investissement en améliorant leurs conditions de travail et leur rémunération, sur la base du rapport que propose l'amendement.

M. Philippe Vigier (Dem). Moins de 300 euros par mois, ce n'est même pas ce que touche un stagiaire en entreprise alors que les internes font tourner les services. Monsieur le rapporteur, pour la séance, nous devons trouver une rédaction qui englobe la proposition faite à l'instant par Mme Rist, afin que nous disposions d'une base de travail pour préparer l'arsenal de mesures que les étudiants attendent.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Je défends l'amendement AS574. Les conditions de travail des internes sont devenues épouvantables – cinquante-neuf heures par semaine – et leur rémunération est si faible qu'elle leur interdit de prendre part aux journées de grève.

M. le rapporteur. Le champ du rapport qui est demandé mérite d'être étendu à l'ensemble des étudiants qui contribuent à faire tourner les établissements hospitaliers, notamment aux infirmières. Je vous propose donc de retirer vos amendements et d'en réécrire un d'ici à la séance.

Les amendements sont retirés.

Amendements AS151 de M. Philippe Juvin et AS268 de M. Yannick Neuder (discussion commune).

M. Philippe Juvin (LR). Le nombre de terrains de stage des internes et des externes pourrait considérablement augmenter si nous acceptions de les envoyer massivement ailleurs que dans les CHU. Ainsi, les centres hospitaliers, les Ehpad, les services de PMI ou la médecine de ville sont d'énormes gisements de stages, aujourd'hui sous exploités.

M. Yannick Neuder (LR). La médecine générale est la spécialité qui manque le plus de maîtres de stage – il en faudrait 24 000. L'amendement a pour but de simplifier les conditions d'agrément afin d'accroître le nombre d'étudiants susceptibles d'être formés à la médecine générale dans les territoires.

M. le rapporteur. Le sujet que vous abordez – l'élargissement des terrains de stage – a tout à fait sa place dans le rapport que nous avons évoqué à l'instant.

Les amendements sont retirés.

Amendement AS269 de M. Yannick Neuder.

M. Yannick Neuder (LR). Si l'objet du rapport est très large – je pense notamment aux lieux de stage –, cet amendement a vocation à être retiré lui aussi.

L'amendement est retiré.

Amendement AS622 de M. Hadrien Clouet.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Une fois n'est pas coutume... il s'agit de demander un rapport, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, étudiant la possibilité de tenir l'objectif de 10 000 contrats d'engagement de service public à l'horizon 2027. En fixant un chiffre, nous vous aidons à donner corps à votre ambition et à lui assigner un sens politique : démocratiser l'accès aux CESP pour mieux lutter contre les déserts médicaux.

M. le rapporteur. Je ne vois pas l'intérêt de demander un rapport sur un dispositif que nous venons d'élargir considérablement. Laissons-le vivre et évaluons-le dans quelque temps.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). J'en déduis que si nous proposons un délai plus long, votre avis sera favorable.

M. le rapporteur. Nous en reparlerons en séance.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS662 de M. Hadrien Clouet.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Il s'agit de demander un rapport sur l'extension du CESP à toutes les formations paramédicales. L'amendement prend au mot M. Braun, qui mettait en avant la précarité pour expliquer le fait que 20 % des étudiants abandonnent leur formation en cours de route. Le rapport serait une première étape vers un financement public des études paramédicales qui permettrait certainement d'attirer davantage de candidats. Sans un recrutement massif, nous allons droit vers une nouvelle catastrophe pour l'hôpital.

M. le rapporteur. Je ne suis pas fermé à votre idée. Toutefois, vous ne pouvez pas demander la généralisation d'un dispositif que nous venons tout juste d'étendre. Les éléments ne seront pas suffisants pour procéder à une évaluation sérieuse.

La commission pourrait décider de créer en son sein une mission d'évaluation sur le CESP tel que nous venons de le redimensionner. Pour l'heure, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS240 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Pour développer les CESP, il convient d'identifier les freins, qui peuvent tenir tant aux moyens qu'au périmètre de ces contrats. Il est donc proposé qu'un rapport étudie l'opportunité d'autoriser les étudiants en médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie à signer des CESP avec tous les établissements de santé qui participent au service public.

M. le rapporteur. Avis défavorable pour les raisons précédemment évoquées. Je regrette que personne n'ait salué l'extension ambitieuse du champ des CESP prévue à l'article 5.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS200 de M. Thierry Frappé et AS466 de M. Yannick Neuder (discussion commune).

M. Thierry Frappé (RN). La loi ne prend pas la mesure de l'urgence à résorber la pénurie de médecins. L'amendement vise à demander un rapport sur l'impact des mesures qui ont été prises, dans lequel serait notamment envisagée la suppression du numerus apertus. Le bilan de ce dernier montre qu'il n'entraîne pas la hausse escomptée du nombre d'étudiants en médecine. Compte tenu du besoin urgent de nouveaux médecins sur le territoire national, il semble nécessaire de supprimer le concours dans ses modalités actuelles.

Yannick Neuder (LR). Il s'agit d'évaluer, dans un rapport, la pertinence du mode d'accès aux premier et deuxième cycles des études de santé, notamment en le comparant à ce que font nos voisins européens. Je pense aux drames qui nous sont rapportés dans nos permanences, lorsqu'un oral de quelques minutes peut mettre fin au rêve d'une carrière médicale.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je vous rappelle que la mission d'information sur l'évaluation de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite « OTSS », dont les rapporteurs sont M. Jean-Carles Grelier et M. Yannick Monnet, commence prochainement ses travaux.

M. Philippe Vigier (Dem). Le rapport nous dira éventuellement ce que nous devons faire dans deux ans alors qu'il faut agir maintenant.

Les amendements sont retirés.

Amendement AS667 de M. Hadrien Clouet.

M. Andy Kerbrat (LFI - NUPES). La population de Loire-Atlantique a augmenté de 100 000 habitants en six ans – plus forte progression des départements français. Dans le même temps, le nombre de places pour les études en médecine n’a pas bougé. Selon la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques, il faudrait augmenter de 20 % le nombre d’étudiants pour répondre aux besoins démographiques. Le rapport que nous demandons permettrait de lancer la réflexion sur la planification nécessaire pour surmonter la crise à venir.

M. le rapporteur. La commission des affaires sociales a lancé des travaux d’évaluation qui répondent à votre préoccupation. Avis défavorable.

La commission rejette l’amendement.

Amendement AS308 de M. Yannick Neuder.

M. Yannick Neuder (LR). Le rapport ici demandé a pour objet d’étudier la création de passerelles afin que des professionnels paramédicaux puissent intégrer un cursus accéléré d’études de médecine.

Suivant l’avis du rapporteur, la commission rejette l’amendement.

Article 6 : Diverses mesures portant sur la gouvernance et l’organisation territoriale de l’hôpital public

Amendement AS405 de M. Pierre Dharréville.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Il s’agit de supprimer l’alinéa 2. Lors de la création des GHT, nous avons écarté la possibilité qu’ils puissent se doter de la personnalité morale afin d’éviter les déséquilibres territoriaux et de préserver la mutualisation des moyens au service des patients. Nous restons fidèles à cette position.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Une telle suppression remettrait en cause l’équilibre de la proposition de loi. En outre, l’approche retenue est très souple et efficace.

La commission rejette l’amendement.

Puis elle adopte l’amendement rédactionnel AS721 de M. Frédéric Valletoux.

Amendement AS644 de M. Sébastien Peytavie.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Par cet amendement d’appel, issu d’échanges avec la Fédération hospitalière de France, le groupe Écologiste - NUPES souhaite alerter sur les risques d’une mise sous tutelle des établissements en cas de délibération négative du conseil de surveillance. Contrairement à un avis, celle-ci a, en effet, une valeur contraignante. Un vote négatif pourrait ainsi obliger les établissements à demander systématiquement l’autorisation de l’ARS pour toute dépense supplémentaire.

M. le rapporteur. Je vous demande le retrait au profit de mon amendement AS758.

Les auditions ont été l’occasion de réfléchir aux moyens de développer l’implication du conseil de surveillance dans les investissements et d’en faire un lieu de débat sur les questions stratégiques. Un consensus a ainsi émergé sur l’expression par celui-ci d’un avis simple sur le

budget. Mon amendement reprend cette idée et il dote le conseil d'un pouvoir décisionnaire sur d'autres sujets liés à la stratégie hospitalière.

L'amendement est retiré.

Amendement AS758 de M. Frédéric Valletoux.

M. le rapporteur. L'amendement a pour objet, d'une part, de conforter le pouvoir de délibération du conseil de surveillance sur le budget par l'expression d'un avis simple, pour les raisons qu'a très bien expliquées M. Peytavie – le risque de blocage, voire de mise sous tutelle de l'État, qui serait contraire à l'autonomie des établissements hospitaliers ; d'autre part, d'élargir ce pouvoir au plan pluriannuel d'investissement ainsi qu'à la politique d'accès aux soins et de gradation des soins. Ainsi, chaque année aura lieu un débat sur le rôle de l'hôpital dans l'offre de soins de son territoire. C'est important pour les usagers, les élus et les parties prenantes.

Mme la rapporteure générale. Est-il vraiment utile de débattre chaque année du plan pluriannuel ?

M. le rapporteur. Des investissements sont réalisés chaque année – ils peuvent être structurants ou plus modestes. Ce sera l'occasion d'évoquer le rythme des investissements.

J'ajoute que le conseil de surveillance débattera également chaque année de la stratégie universitaire de chaque établissement de son territoire. Les CHU irriguent les centres hospitaliers en matière universitaire, notamment en mettant à disposition des internes. En contrepartie, ces derniers doivent aussi contribuer aux recherches menées par les CHU.

M. Philippe Vigier (Dem). Votre amendement ne fait pas référence à la stratégie universitaire de l'établissement. Le débat sera utile, car il permettra de savoir quels établissements ont accompli des efforts.

Par ailleurs, je rejoins Stéphanie Rist : le plan pluriannuel d'investissement est déjà connu.

M. le rapporteur. Il est écrit : « Le conseil de surveillance est informé une fois par an des actions universitaires, d'enseignement et de recherche menées par le centre hospitalier universitaire de sa subdivision. »

M. Philippe Vigier (Dem). Ce n'est pas la même chose.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS339 de Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet (LR). L'amendement tend à ce que les éléments mentionnés dans l'article soient communiqués aux membres du conseil de surveillance dans un délai de cinq jours ouvrés, sauf cas de force majeure, avant la date de délibération du conseil de surveillance, afin qu'ils aient le temps d'en prendre connaissance et d'en débattre en connaissance de cause.

M. le rapporteur. Le code de la santé publique prévoit déjà que les documents soient transmis sept jours avant la réunion d'un conseil de surveillance. Je vous invite à retirer l'amendement, car il est satisfait.

L'amendement est retiré.

Amendements identiques AS305 de M. Thibault Bazin et AS476 de M. Freddy Sertin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement tend à ce que le directeur général de l'ARS présente au CTS ses observations sur l'état de santé de la population et l'offre de soins dans le territoire. Il serait souhaitable que cette initiative s'étende à tous les acteurs. Si le CTS a reçu pour mission d'identifier les attentes dans le domaine de la santé, il doit disposer de ces informations. En tout état de cause, les acteurs ne pourront coopérer que s'ils ont les mêmes informations.

M. Freddy Sertin (RE). Je retire l'amendement pour le présenter à nouveau en séance publique.

M. le rapporteur. La proposition est excellente mais il serait préférable de la rattacher à l'article 1^{er}, relatif aux pouvoirs du CTS. Je vous invite par conséquent à le retirer.

M. Thibault Bazin (LR). Dans l'espoir d'un avis favorable en séance, je le retire.

Les amendements sont retirés.

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS722 de M. Frédéric Valletoux.

Amendement AS406 de Mme Katiana Levavasseur.

M. Thierry Frappé (RN). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS512 de M. Yannick Monnet.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). L'article prévoit que le directeur général de l'ARS présente au moins une fois par an au conseil de surveillance des observations sur l'état de santé de la population et l'offre de soins du territoire dans lequel se trouve l'établissement de santé publique. Nous souhaitons que ces observations s'accompagnent, le cas échéant, d'une proposition de moyens supplémentaires.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

Il n'appartient pas au directeur général de l'ARS d'annoncer des moyens supplémentaires. Il est tenu par les choix faits dans cette enceinte, au Parlement, lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Il ne s'agit que de lui permettre de formuler des propositions, car il est le mieux placé pour connaître les besoins du territoire. Au Parlement de les retenir ou non.

M. le rapporteur. Il ne me semble pas nécessaire, dans ce cas, de le préciser. Si le directeur général est invité à faire des observations sur l'état de santé du territoire, c'est tout naturellement qu'il formulera des propositions, s'il en a, pour résoudre les éventuels problèmes. Nous avons pris suffisamment de mesures qui tendent à favoriser le dialogue pour ne pas avoir à préciser ce qui semble aller de soi.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS723 de M. Frédéric Valletoux.

Suivant l'avis du rapporteur, la commission rejette ensuite l'amendement AS449 de M. Yannick Neuder.

Puis elle adopte l'article 6 modifié.

Après l'article 6

Amendement AS453 de Mme Stéphanie Rist.

Mme la rapporteure générale. Il s'agit de permettre aux directeurs généraux de CHU, aux présidents d'université et à un représentant des internes de saisir la juridiction disciplinaire des personnels enseignants hospitaliers.

M. le rapporteur. Je vous invite à retirer l'amendement en vue de le revoir d'ici à la séance, car je suis assez réservé quant à la possibilité de permettre aux internes de saisir cette juridiction.

L'amendement est retiré.

Amendement AS196 de M. Emeric Salmon.

M. Thierry Frappé (RN). L'amendement tend à garantir la répartition équitable des professionnels de santé et d'une offre de soins adaptée dans tout le territoire, en particulier dans les zones sous-dotées.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

Je ne crois pas que l'on puisse demander aux GHT de résoudre les problématiques de la médecine libérale. Vous êtes les premiers à dénoncer la moindre contrainte qui pourrait peser sur la médecine libérale et vous proposez à présent que les hospitaliers se mêlent de leur juste répartition dans le territoire. Je ne pense pas que cette disposition leur fasse plaisir !

La commission rejette l'amendement.

Article 6 bis (nouveau) : *Systématiser les directions communes en cas de vacance de poste dans un établissement membre d'un GHT*

Amendement AS454 de Mme Stéphanie Rist.

Mme la rapporteure générale. Il s'agit de développer la coopération des établissements au sein des GHT afin d'améliorer l'accès aux soins.

M. le rapporteur. Avis favorable, même si des questions demeurent en suspens.

M. Philippe Vigier (Dem). Nous avons connu un cas de vacance à l'issue de laquelle l'intégration fut une véritable déflagration ! Que le temps de la vacance, la direction soit confiée à l'établissement support du GHT, soit, mais quand le poste est pourvu, il faut revenir à la situation antérieure. Précisez l'amendement pour que la direction ne dure que le temps de la vacance.

M. Thibault Bazin (LR). Je ne voterai pas l'amendement. Les GHT sont très différents d'un endroit à l'autre, de par leur taille, leur nature, la présence en leur sein d'un centre hospitalier régional universitaire ou non. Laissons chacun s'adapter selon les équipes, les compétences. Il ne me semble pas opportun de confier systématiquement la direction commune de tout établissement partie du GHT à l'établissement support du GHT. Si la disposition était votée, elle deviendrait une ligne rouge de ce texte.

Mme la rapporteure générale. Monsieur Bazin, cette proposition est déjà entrée en pratique, quasiment partout. Surtout, plusieurs rapports préconisent de prendre cette mesure, en particulier celui de la Cour des comptes qui a fait le lien entre cette pratique et l'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires les plus éloignés des CHU.

La commission adopte l'amendement.

Après l'article 6

Amendement AS651 de M. Vincent Thiébaud.

M. Vincent Thiébaud (HOR). La loi de modernisation du système de santé a défini les modalités de constitution des groupements hospitaliers de territoire. Au regard des difficultés rencontrées par plusieurs établissements et groupements hospitaliers de territoire, il convient de définir les modalités permettant de réajuster les périmètres, après évaluation et avec l'accord de l'ARS.

M. le rapporteur. C'est vrai, il faudrait revoir les périmètres des GHT, qui ont été conçus dans la hâte, sans cohérence. Prenons le temps, cependant, de réfléchir à la rédaction de l'amendement d'ici à la séance. Je vous invite à le retirer.

M. Vincent Thiébaud (HOR). Dès lors que j'ai votre engagement à le retravailler d'ici à la séance pour qu'il soit adopté, je le retire.

L'amendement est retiré.

Article 6 ter (nouveau) : *Validation des nominations des candidats au concours externe organisé pour le recrutement des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux au titre de 2019*

Amendement AS516 de Mme Stéphanie Rist.

Mme la rapporteure générale. L'amendement tend à sécuriser les situations individuelles des élèves directeurs nommés et titularisés dans le corps des directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux à l'issue du concours externe organisé en 2018 au titre de l'année 2019.

M. le rapporteur. Avis favorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je saisis l'occasion pour vous dire un mot de l'amendement précédent. Les GHT ne sont pas la grande réussite que l'on décrit habituellement. Du reste, le rapport que j'ai rendu à leur sujet avec Marc Delatte sous la précédente législature décrivait leurs difficultés. Je suis favorable au renforcement de la coopération entre les établissements mais, en l'espèce, vous prenez le risque que des hôpitaux de plein exercice deviennent des annexes d'hôpitaux supports des GHT. Cela posera des problèmes, jusque dans les

relations sociales au sein des établissements, ne serait-ce que par le déficit d'interlocuteurs. D'ailleurs, l'amendement de M. Thiébaud pointe l'une des difficultés posées par les GHT. Je propose qu'avant d'aller plus loin, nous en dressions le bilan pour nous poser les bonnes questions.

M. Philippe Vigier (Dem). J'ai vécu cette situation où un poste se trouvait vacant. Que s'est-il passé ? L'établissement s'est trouvé annexé à l'hôpital support du GHT et le directeur s'est retrouvé à la tête de 550 salariés alors qu'il n'était présent qu'une demi-journée par semaine ! Vous ne faites pas tourner un établissement dans ces conditions. Je peux comprendre l'objectif de l'amendement, mais précisez que la direction ne dure que le temps de la vacance.

La commission adopte l'amendement.

Article 7 : *Interdiction d'exercer en intérim en début de carrière dans les établissements de santé et médico-sociaux et dans les laboratoires de biologie médicale*

Amendements de suppression AS146 de M. Philippe Juvin, AS243 de M. Thibault Bazin, AS340 de Mme Justine Gruet et AS708 de M. Didier Martin.

M. Thibault Bazin (LR). Les pratiques prédatrices dans l'intérim médical doivent être combattues fermement, mais l'intérim médical peut être une solution pour répondre à la pénurie de professionnels de santé dans certains territoires. Il convient, non pas de l'interdire, mais de l'encadrer. Dès lors, mon amendement tend à supprimer cet article, qui semble excessif.

Mme Justine Gruet (LR). J'ajoute que l'intérim médical permet aux jeunes médecins de découvrir le métier. Il semble excessif de vouloir le supprimer.

M. Didier Martin (RE). L'article est d'autant plus excessif qu'il ne concerne pas que les médecins, mais aussi les infirmiers, les aides-soignants ainsi que les accompagnants éducatifs et sociaux. Ces personnes ont réussi des concours, suivi leur formation, fait des stages, servi dans de nombreux établissements. L'intérim est un salariat qui permet de répondre à des besoins territoriaux. L'expérience s'acquiert en se confrontant à différentes réalités et en acceptant d'être mobile. Enfin, le choix du mode d'exercice pour ces professions, dont certaines s'exerceront en libéral, doit être respecté, afin de ne pas démotiver ceux qui s'engagent dans cette voie difficile.

La mesure prévue à l'article 7, que l'on pourrait comprendre comme une attelle pour les établissements, pourrait décourager les jeunes qui sortent de formation.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

Interdire l'intérim durant les premières années de carrière ne signifie pas que l'on ferme à ces jeunes diplômés la possibilité de remplacer d'autres professionnels. Simplement, nous ne souhaitons pas qu'ils passent par l'intermédiaire d'agences d'intérim, dont nous avons compris, au fil des débats, qu'elles pouvaient déstabiliser des établissements.

Monsieur Martin, vous l'avez dit, les études ont déjà permis à ces jeunes professionnels de faire l'expérience des différents services d'un hôpital. Considérer qu'ils auraient encore besoin d'éprouver d'autres modes d'exercice de la médecine me semble exagéré. Au contraire, les premières années devraient leur permettre de s'enraciner, au sein d'une équipe hospitalière, ou d'un territoire s'ils choisissent l'exercice libéral. Ce sera toujours mieux que le nomadisme. En tout cas, c'est une mesure que les professionnels approuvent et que les étudiants ne récusent pas, car ils en comprennent les enjeux.

Mme la présidente Fadila Khattabi. L'adoption de la mesure en LFSS a été largement saluée.

M. Didier Martin (RE). Il me semble que nous poursuivons le même objectif, en parlant d'enracinement et d'expérience mais, contrairement à ce que vous dites, les ordres professionnels ne sont pas favorables à cette mesure. Le président de l'Ordre national des infirmiers, pour ne citer que lui, est opposé à l'interdiction de l'intérim pour les jeunes professionnels.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS724 de M. Frédéric Valletoux.

Amendement AS12 de M. Guillaume Garot.

M. Guillaume Garot (SOC). L'amendement des députés du groupe Socialistes et apparentés tend à étendre le dispositif de l'article aux contrats conclus de gré à gré pour éviter tout contournement de la règle.

M. le rapporteur. Avis défavorable, car les contraintes qui pèseraient sur les jeunes professionnels seraient trop lourdes et les établissements ou les libéraux n'auraient plus la possibilité de recourir à eux pour assurer des remplacements. Les contrats de gré à gré ne posent pas de difficultés. Au contraire, ils sont l'huile qui permet au système de fonctionner, si je puis m'exprimer ainsi.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS13 et AS14 de M. Guillaume Garot, AS55 de M. Yannick Neuder, AS244, AS241 et AS242 de M. Thibault Bazin (discussion commune).

M. Guillaume Garot (SOC). L'amendement AS13 tend à interdire d'exercer en intérim médical et paramédical avant cinq ans d'exercice en établissement dans un cadre autre que l'intérim. Si cette proposition n'est pas retenue, nous pouvons ramener le délai à deux ans avec l'amendement AS14, et reprendre ainsi la mesure que le Gouvernement avait annoncée lors de l'examen du PLFSS 2023.

M. Yannick Neuder (LR). Je suis d'accord avec M. Martin. J'ai, moi aussi, rencontré des représentants de différentes professions de santé et la mesure est loin de faire l'unanimité. En revanche, nous pourrions trouver un compromis en choisissant d'encadrer l'intérim pour éviter les dérives, plutôt que de le supprimer. Ainsi, les jeunes diplômés ne pourraient pas consacrer plus de 20 % de leur activité professionnelle à l'intérim, durant deux ans. Ils pourraient ainsi s'enraciner dans une pratique, tout en découvrant d'autres univers. Enfin, n'oublions pas que les médecins tombent malades, eux aussi, et qu'ils doivent pouvoir trouver des confrères qui les remplacent.

M. Thibault Bazin (LR). Mes amendements tendent à limiter l'interdiction de l'intérim médical pour les jeunes professionnels de santé à leurs dix-huit premiers mois d'exercice, sinon à leurs douze ou six premiers mois. Les besoins sont criants dans certains territoires. Non seulement l'interdiction de l'intérim ne permettra plus d'y répondre mais en plus vous risquez de freiner les jeunes diplômés dans leurs projets personnels. Mieux vaut réguler qu'interdire.

M. le rapporteur. Il n'apparaît pas souhaitable de fixer une durée dans la loi. Tout d'abord, ce ne serait pas une bonne idée que de prévoir une durée uniforme pour toutes les professions de santé. Laissons au Gouvernement toute la latitude d'adapter cette disposition à la spécificité de chaque profession, dans le cadre d'un dialogue avec leurs représentants.

M. Philippe Vigier (Dem). M. Neuder souhaite réguler : cette évolution est salvatrice. Si l'on fixe la part de l'intérim à 20 %, cela signifie que celle de l'activité sédentaire s'élève à 80 %. Concrètement, comment est-ce possible ? C'est pourquoi la proposition d'interdire l'intérim aux jeunes diplômés est intéressante, car nous savons tous que les agences d'intérim rémunèrent trois ou quatre fois plus les professionnels.

M. Thibault Bazin (LR). Si je propose de réguler l'intérim, c'est uniquement pour éviter les dérives. Nous avons des divergences mais nous sommes tous d'accord pour admettre que le mal-être des internes, qui souffrent d'un manque de reconnaissance, est une réalité. On ne peut pas se contenter de justifier les contraintes supplémentaires qu'on voudrait leur imposer par le fait que l'État leur a payé dix ans d'études. Ce serait oublier un peu vite tout ce qu'ils ont apporté ! Ce sont les internes qui permettent à des établissements de tenir leur mission de service public !

M. Yannick Neuder (LR). Monsieur Vigier, je n'ai pas proposé de réguler l'intérim mais de l'encadrer. Les divers propos échangés m'ont convaincu que la durée n'était peut-être pas le bon paramètre. En revanche, je continue à penser que fixer une part maximale de temps consacré à l'intérim ne serait pas une mauvaise solution. Si le praticien peut consacrer une journée de sa semaine de cinq jours à l'intérim et percevoir un surcroît de salaire, le métier n'en sera que plus attractif. Nous ne faisons rien d'autre lorsque nous autorisons les praticiens hospitaliers à exercer parallèlement en libéral. Au moins ne partent-ils pas. En l'espèce, il resterait 80 % du temps professionnel pour le service.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS56 de M. Yannick Neuder.

M. Yannick Neuder (LR). Puisque vous avez rejeté les précédents amendements, je reviens à la charge en insistant sur l'importance d'autoriser une proportion de travail intérimaire minimale. Pensez à tous les médecins qui ont besoin de se faire remplacer. Tout supprimer serait radical.

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

Amendements AS423, AS426 et AS431 de M. Christophe Bentz (discussion commune).

M. Christophe Bentz (RN). L'article 7 est radical et sa rédaction imprécise. Nous vous proposons, par conséquent, de limiter dans le temps le recours à l'intérim à l'échelle d'une carrière individuelle – trois, cinq ou huit ans.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

Les dispositions prévues à l'article sont suffisamment exigeantes pour que nous n'ajoutions pas des contraintes supplémentaires. La loi Rist plafonne déjà le salaire des médecins intérimaires. Nous prévoyons d'en interdire la pratique en début de carrière. Continuons, par petites touches, à contenir le recours à l'intérim. Nous y parviendrons en renforçant l'attractivité des métiers et en prenant ce type de mesures.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS682 de Mme Maud Petit.

Mme Maud Petit (Dem). Il s'agit de maintenir la possibilité de recourir au contrat de mission conclu avec une entreprise de travail temporaire pour tous les soignants, sans distinction, dès lors que l'emploi se trouve dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins – les zones dites en tension.

Il faut préserver la liberté de la pratique des soignants. Le professionnel libéral exerce son métier sous sa propre responsabilité. Après de nombreuses années d'études, sa liberté de choix doit être respectée. En début de carrière, comme pour de nombreux autres métiers, l'expérimentation est souvent le moyen de trouver sa voie et de s'épanouir dans un choix qui aura pu être réfléchi.

Cependant, en raison des difficultés actuelles pour accéder aux soins, il semble nécessaire d'orienter ces professionnels vers des zones où leurs compétences sont attendues. Des territoires souffrent d'une pénurie de médecins du fait du faible renouvellement des professionnels qui partent à la retraite ou des obstacles pour accéder à cette offre, qu'il s'agisse du temps d'accès ou des temps d'attente. Nous vous proposons une solution équilibrée, qui n'interdit pas le recours à l'intérim pour les jeunes diplômés mais respecte le choix du praticien tout en tenant compte des besoins réels du territoire.

M. le rapporteur. Ce n'est pas une petite exception que vous demandez : les zones tendues représentent 87 % du territoire ! Vous videriez de son sens l'article puisque c'est l'interdiction de l'intérim en début de carrière qui deviendrait une exception.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS725 de M. Frédéric Valletoux.

Amendement AS11 de M. Guillaume Garot.

M. Guillaume Garot (SOC). Pour garantir la neutralité et l'efficacité des contrôles, notre groupe propose qu'ils soient confiés aux ARS et non pas aux entreprises de travail temporaire. On est là au cœur des missions de l'État.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

Les ARS doivent s'occuper le moins possible de la gestion quotidienne des établissements. Il faut faire confiance aux équipes hospitalières, en l'occurrence à leur direction des ressources humaines ou à leur direction générale, pour exiger des agences d'intérim les documents permettant de s'assurer que l'ancienneté de la personne que l'on envisage d'employer est suffisante.

Votre amendement conduirait les ARS à s'immiscer dans la gestion quotidienne de l'hôpital et c'est une frontière que je ne souhaite pas franchir.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS197 de M. Emeric Salmon.

M. Thierry Frappé (RN). Cet amendement vise à renforcer les restrictions pour le recours aux entreprises de travail temporaire, en précisant qu'il ne peut être autorisé que dans des situations exceptionnelles de besoin anormal. Cette mesure encourage les établissements et services à favoriser l'emploi de professionnels permanents. Ils ne pourraient recourir aux contrats temporaires que lorsque cela est justifié par des circonstances spécifiques et temporaires qui nécessitent une réponse rapide.

M. le rapporteur. À situation exceptionnelle, mesures exceptionnelles et dérogatoires. Je ne suis pas convaincu qu'il faille inscrire cette précision dans la proposition. Plusieurs dispositions permettent déjà d'écarter l'application du dispositif proposé par l'article 7 en cas de crise majeure.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS310 de M. Thibault Bazin, AS325 de M. Philippe Juvin et AS432 de Mme Josiane Corneloup.

M. Thibault Bazin (LR). Les discussions avec les professionnels concernés dans le cadre de la préparation de cette proposition de loi ont mis en évidence la spécificité des laboratoires de biologie médicale, qui souffrent aussi de difficultés de recrutement. L'exercice en intérim en début de carrière peut faire naître des vocations pour la biologie et contribuer à élaborer un projet professionnel.

Tel qu'il est rédigé, l'article 7 pourrait désorganiser des laboratoires de biologie médicale dans certains territoires. C'est la raison pour laquelle cet amendement propose d'exclure ces laboratoires du champ d'application de cet article, qui semble trop radical. Si l'amendement n'est pas adopté, il faudra quand même prévoir des mesures d'assouplissement.

M. Philippe Juvin (LR). L'intérim a beaucoup de défauts, mais l'interdiction complète est inadaptée aux besoins. Les intérimaires ne vont pas au bistrot : ils assurent un véritable service médical. Pour les jeunes, c'est une possibilité d'exercer leur activité en étant un peu mieux payés qu'à l'hôpital public.

Cet amendement vise à limiter les dégâts en exonérant les laboratoires de l'interdiction prévue par cet article.

M. Yannick Neuder (LR). Beaucoup d'efforts ont été consentis dans les territoires pour maintenir de la consultation, de la radiologie et de la biologie. Un certain nombre de choses peuvent se faire par télémedecine en matière de radiologie, mais c'est beaucoup plus compliqué pour la biologie. Si l'on veut éviter que tous les laboratoires soient rachetés par de grosses entreprises, il faut permettre aux petits laboratoires d'avoir recours à l'intérim, qui constitue probablement l'une des conditions de leur survie.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

D'abord, je ne comprends pas bien pourquoi il faudrait exclure seulement les laboratoires de biologie. Ensuite, cette mesure avait été discutée dans le cadre du PLFSS 2023 et les laboratoires de biologie avaient été intégrés dans le dispositif à leur demande – ils y tenaient.

Je rappelle que ce dispositif se borne à interdire l'intérim en début de carrière. La mesure est plébiscitée par l'ensemble des établissements et des professionnels.

M. Philippe Vigier (Dem). Je suis prêt à démontrer à MM. Neuder, Bazin et Juvin que ces amendements auraient, en fait, pour conséquence d'accélérer la fermeture des laboratoires privés. Un autre problème les concernant est l'extrême financiarisation. La publication de décrets d'application relatifs à la radiologie et la biologie est bloquée depuis le mois de février. Nous devons œuvrer ensemble si nous voulons préserver le maillage territorial.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS752 de M. Guillaume Garot, AS134 de M. Luc Lamirault, AS753 de M. Guillaume Garot, AS489 de Mme Christine Loir, AS754 de M. Thibault Bazin, amendements identiques AS490 de Mme Christine Loir et AS755 de M. Thibault Bazin, amendement AS756 de M. Thibault Bazin (discussion commune).

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement AS752 porte à cinq ans la durée d'interdiction d'intérim en début de carrière et l'amendement de repli AS753 prévoit une durée de deux ans.

M. Paul Christophe (HOR). L'amendement AS134 a le même objet : porter à cinq ans la durée de l'interdiction.

Mme Christine Loir (RN). Comment feront les personnels médicaux qui exercent dans des structures telles que les maisons de retraite pour partir en vacances s'il n'y a pas d'intérimaires pour les remplacer ? Les maisons d'accueil spécialisées et les instituts médico-éducatifs font face au même problème.

M. Thibault Bazin (LR). Mes amendements proposent de limiter la durée d'interdiction respectivement à dix-huit mois, un an et six mois.

M. le rapporteur. Avis défavorable pour les mêmes raisons que celles évoquées précédemment.

Il ne faut pas confondre intérim et remplacement. L'article 7 ne porte que sur l'intérim, et il n'est pas question de rigidifier le marché de l'emploi en interdisant toute forme de remplacement pour les médecins ou les infirmières. Il faut arrêter de faire croire que l'on veut leur interdire de partir en vacances.

En revanche, l'intérim est un cancer pour notre système de santé et il est combattu depuis des années par l'Assemblée nationale.

Mme Christine Loir (RN). Ce phénomène ne concerne pas que les infirmières et les médecins. Beaucoup d'aides médico-psychologiques sont intérimaires et ne font que des remplacements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS311 de M. Thibault Bazin, AS324 de M. Philippe Juvin et AS433 de Mme Josiane Corneloup.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement de repli prévoit que les médecins biologistes et les pharmaciens biologistes ne pourront exercer de missions d'intérim qu'après deux années d'installation.

M. Philippe Juvin (LR). Monsieur le rapporteur, la distinction entre intérim et remplacement est trop subtile. En réalité, lorsque des postes sont vacants on a recours aux personnes qui sont disponibles. L'interdiction de pratiquer l'intérim pendant un certain temps en début de carrière va rigidifier le système et je ne sais franchement pas comment on va pouvoir pourvoir certains postes.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS433 est défendu.

M. le rapporteur. Avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Si l'on ne trouve pas de remplaçants, on ne trouve pas non plus d'intérimaires. Le problème majeur, c'est le nombre de professionnels.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 7 modifié.

Après l'article 7

Amendements identiques AS81 de M. Joël Aviragnet, AS380 de M. Fabrice Brun, AS579 de M. Philippe Vigier, AS583 de M. Guillaume Garot et AS587 de M. Jean-Claude Raux.

M. Joël Aviragnet (SOC). Il s'agit de favoriser l'installation durable des médecins en limitant à quatre ans la durée cumulée des remplacements d'un médecin libéral au cours de la carrière d'un praticien.

M. Fabien Di Filippo (LR). L'amendement AS380 est défendu.

M. Philippe Vigier (Dem). Cet amendement est similaire à celui du rapporteur qui porte sur l'intérim. Il tend, en l'occurrence, à limiter à quatre ans la durée des remplacements au cours de la carrière – à l'exception de la période qui commence avec la retraite. On peut discuter de l'opportunité de porter cette durée à cinq ans. Il s'agit d'éviter un nomadisme trop important.

M. Guillaume Garot (SOC). Cet amendement du groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux vise à favoriser l'installation durable des médecins en limitant à quatre années la durée des remplacements en libéral dans la carrière d'un praticien. Il convient de contenir la plaie que constitue le nomadisme médical, tout en conservant la souplesse nécessaire grâce à la durée raisonnable de quatre ans.

M. Jean-Claude Raux (Ecolo - NUPES). Le temps de travail médical disponible a été considérablement réduit par deux fléaux. D'abord, l'intérim médical à l'hôpital a désengagé beaucoup de professionnels du quotidien des services et les a libérés de la contrainte des plannings annuels. Cette dérive n'a que trop duré et nous souhaitons que l'application de la loi Rist apporte une première réponse – même si cette loi est partielle, car elle ne concerne pas le secteur privé.

Ensuite, dans une période de pénurie sans précédent et durable de la médecine de ville, le statut de remplaçant, qui permet de disposer d'un emploi du temps exonéré de toute forme

de continuité sur l'année ou sur la carrière, ne peut plus s'inscrire dans la durée. Bien sûr, les médecins ont envie de souffler et d'être remplacés. Mais si un grand nombre de remplaçants s'installent durablement, cela apportera une grande bouffée d'oxygène aux patients mais aussi aux soignants.

C'est la raison pour laquelle cet amendement propose de limiter à quatre ans la durée totale des remplacements d'un médecin libéral au cours de la carrière d'un médecin.

M. le rapporteur. Du fait de la démographie médicale, ces amendements ne sont pas appropriés à la fragilité de notre système de santé. Nous sommes tous d'accord pour lutter contre l'intérim, et l'interdire en début de carrière est positif en ce sens que cela pousse les médecins à s'installer d'entrée de jeu et limite des pratiques dont on ne souhaite pas qu'elles se perpétuent. Mais y ajouter des limitations drastiques aux remplacements sur la durée de la carrière est en contradiction avec la fragilité du système de santé, qui a besoin de la souplesse offerte par les remplacements.

Avis défavorable.

M. Fabien Di Filippo (LR). Ces dernières années, l'évolution de la démographie médicale a malheureusement conduit à introduire de plus en plus de souplesse, avec l'intérim et la possibilité de multiplier les contrats. On se rend compte que le manque de médecins se concentre sur certains territoires. Demain, on va voir y arriver des cabinets mobiles, et les médecins ne se fixeront encore pas.

Ce que nous proposons est en effet très restrictif, mais c'est aussi une manière d'appeler l'attention sur des évolutions à l'œuvre. Ces cabinets mobiles ne sont pas pris en compte par cette proposition et j'ai peur que nous ayons déjà un combat de retard.

M. Philippe Vigier (Dem). Je suis d'accord sur la nécessité d'encadrer l'intérim, mais il faut faire la même chose pour les remplacements. Les médecins mettent en général entre cinq et sept ans à s'installer, et l'âge moyen d'installation se situe entre 38 et 39 ans. Cela continuera si on ne limite pas cette dérive. Si l'on accorde cinq années pour l'intérim et cinq années pour le remplacement, cela fait tout de même beaucoup de souplesse et cela correspond en fait à la durée qui précède leur installation, en moyenne à 39 ans.

M. le rapporteur. M. Di Filippo a raison : il faut craindre l'arrivée de cabinets mobiles employant des médecins salariés. Il ne s'agit plus là d'intérim ou de remplacement, c'est un virage que prend l'exercice médical, qui doit nous inquiéter et nous inciter à la vigilance pour ajuster la législation, car ce type de pratiques fragilise l'ancrage des soins dans les territoires.

Mme Chantal Jourdan (SOC). Les médecins prolongent la période pendant laquelle ils exercent en remplacement, car ils ont peur du poids des tâches administratives qui leur incombent lorsqu'ils sont installés. Les différentes mesures prises pour leur faciliter la tâche en matière de gestion des cabinets sont intéressantes et peuvent favoriser l'installation plus rapide des médecins.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS592 de M. Serge Muller.

M. Serge Muller (RN). Cet amendement demande au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur les effets de l'interdiction de l'intérim médical pour les professionnels médicaux en début de carrière.

Même si la proposition de loi a pour objectif d'enraciner les jeunes médecins, elle présente tout de même un risque pour les zones sous-dotées. Il faudrait s'assurer que l'interdiction de l'intérim n'ait pas pour conséquence de réduire l'offre de soins. Limiter l'intérim est nécessaire, car la rotation trop fréquente des médecins entraîne une déstabilisation des services. Mais certains services ne peuvent fonctionner sans intérimaires. C'est notamment le cas des zones très attractives pendant les périodes de vacances.

La remise d'un rapport dans un délai raisonnable d'un an est nécessaire pour mieux appréhender cette question.

M. le rapporteur. Comme je l'ai dit précédemment à M. Clouet, demander un rapport pour évaluer un dispositif que nous sommes en train de voter et qu'il faut laisser vivre revient à mettre la charrue avant les bœufs. Au reste, l'évaluation des politiques publiques fait partie de nos missions. Il appartiendra à cette commission d'y procéder le moment venu pour cette proposition. Et pourquoi demander au Gouvernement de le faire aussi rapidement ?

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS623 de Mme Mathilde Hignet.

Mme Mathilde Hignet (LFI - NUPES). Le recours à des contrats d'intérim est malheureusement devenu une solution pour pallier le manque de personnel dans les établissements. C'est aussi le choix de certains professionnels qui souhaitent avoir de meilleures conditions de travail, dans un contexte de fermeture de lits, d'absence de reconnaissance et de salaires qui stagnent. L'intérim médical est la conséquence de la dislocation du service public.

Comme l'a dit le rapporteur, le système de santé est fragile. Afin de mieux comprendre la généralisation du recours aux contrats de mission temporaire, l'amendement demande au Gouvernement de remettre un rapport dressant un tableau précis du recours à l'intérim pour les métiers de santé, tant dans le public que dans le privé.

M. le rapporteur. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que celles évoquées lors des précédentes demandes de rapport.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS335 de M. Vincent Rolland.

Mme Justine Gruet (LR). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS152 de M. Philippe Juvin.

M. Philippe Juvin (LR). Si les médecins retraités décidaient d'arrêter de travailler, le système ne fonctionnerait plus. Un psychiatre sur quatre qui exerce est un retraité. Nous devons

absolument encourager les médecins retraités à rester actifs. Or force est de constater que ce n'est pas le cas.

L'amendement demande donc au Gouvernement un rapport étudiant les propositions qui pourraient concourir à cet objectif. Cela pourrait notamment passer par la garantie d'un niveau de rémunération attractif, qui ne soit pas inférieur au salaire perçu avant la liquidation des droits à la retraite.

M. le rapporteur. Je reste sceptique sur les demandes de rapport.

Le champ de l'amendement me semble restreint. Nous pourrions discuter de son extension d'ici à la séance publique.

M. Philippe Vigier (Dem). La LFSS 2023 prévoit l'exonération de cotisations d'assurance vieillesse pour les médecins libéraux qui cumulent emploi et retraite jusqu'à 80 000 euros. Et la loi sur les retraites favorisera le cumul emploi-retraite en permettant d'acquérir de nouveaux droits à la retraite – je le dis en passant pour ceux qui ont encore quelques doutes.

L'amendement est retiré.

Article 8 : *Renforcer le contrôle financier sur les cliniques privées, leurs satellites et les sociétés qui les contrôlent*

Amendement AS757 de M. Frédéric Valletoux et sous-amendement AS766 de M. Sébastien Peytavie.

M. le rapporteur. L'amendement permet de clarifier la rédaction de cet article relatif au contrôle financier sur les cliniques privées.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Le sous-amendement propose d'inclure la déclaration d'intérêts dans les pièces comptables nécessaires au contrôle juridique et financier des établissements de santé privés.

M. le rapporteur. Votre sous-amendement me semble plus que satisfait. L'article L. 6161-3 du code de la santé publique dispose que les autorités de tarification peuvent se procurer « toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle ». De la même manière, grâce à leur pouvoir d'investigation, les corps d'inspection ou les juridictions financières ont accès à tout document qu'ils jugent nécessaires – y compris la correspondance confidentielle. Avec les modifications apportées à l'article 8, la clinique devra rendre compte de tous les liens avec des sociétés satellites à la demande des services d'inspection ou de l'autorité de tarification. Si la clinique ne le fait pas ou dissimule, il peut y avoir entrave.

Demande de retrait.

La commission rejette le sous-amendement.

Puis elle adopte l'amendement et l'article 8 est ainsi rédigé.

En conséquence, les amendements AS626 de M. Hadrien Clouet, AS110 de M. Thierry Frappé, AS636 de M. Sébastien Peytavie et AS15 de M. Guillaume Garot tombent.

La séance est levée à treize heures.

Présences en réunion

Présents. – M. Éric Alauzet, M. Joël Aviragnet, M. Thibault Bazin, M. Christophe Bentz, Mme Fanta Berete, Mme Anne Bergantz, M. Victor Catteau, M. Paul Christophe, M. Hadrien Clouet, Mme Josiane Corneloup, Mme Laurence Cristol, Mme Christine Decodts, M. Sébastien Delogu, M. Pierre Dharréville, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Olivier Falorni, M. Marc Ferracci, M. Thierry Frappé, Mme Marie-Charlotte Garin, M. Guillaume Garot, M. François Gernigon, Mme Justine Gruet, Mme Claire Guichard, Mme Mathilde Hignet, Mme Servane Hugues, Mme Monique Iborra, Mme Sandrine Josso, M. Philippe Juvin, M. Andy Kerbrat, Mme Fadila Khattabi, Mme Laure Lavalette, M. Didier Le Gac, Mme Christine Le Nabour, Mme Élise Leboucher, Mme Christine Loir, M. Matthieu Marchio, M. Didier Martin, M. Damien Maudet, Mme Joëlle Mélin, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, M. Jérémie Patrier-Leitus, Mme Maud Petit, Mme Michèle Peyron, M. Sébastien Peytavie, Mme Stéphanie Rist, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, M. Freddy Sertin, M. Emmanuel Taché de la Pagerie, Mme Prisca Thevenot, M. Nicolas Turquois, Mme Isabelle Valentin, M. Frédéric Valletoux, M. Philippe Vigier, M. Alexandre Vincendet

Excusés. – M. Elie Califer, Mme Caroline Fiat, Mme Caroline Janvier, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Stéphane Viry

Assistaient également à la réunion. – Mme Béatrice Bellamy, Mme Danielle Brulebois, M. Fabien Di Filippo, M. Timothée Houssin, Mme Chantal Jourdan, M. Benoit Mournet, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Christelle Petex-Levet, M. Jean-Claude Raux, M. Vincent Thiébaud