

# ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

272<sup>e</sup> séance

## Compte rendu intégral

2<sup>e</sup> séance du jeudi 15 juin 2023

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



**PREMIÈRE  
MINISTRE** Direction de l'information  
légale et administrative  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

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

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE MME VALÉRIE RABAUULT

### 1. Améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (p. 5995)

#### DISCUSSION DES ARTICLES (suite) (p. 5995)

##### Article 2 *quinquies* (suite) (p. 5995)

Amendement n° 1066

M. Frédéric Valletoux, rapporteur de la commission des affaires sociales

M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention

Amendement n° 1070

Après l'article 2 *quinquies* (p. 5995)

Amendement n° 471

Article 2 *sexies* (p. 5996)

Amendements n° 173, 337, 760, 431

*Suspension et reprise de la séance* (p. 5998)

Sous-amendement n° 1185

Amendements n° 584, 594, 585

Après l'article 2 *sexies* (p. 5998)

Amendement n° 77

Article 2 *septies* (p. 5998)

M. Yannick Neuder

Amendements n° 871, 1031

Article 2 *octies* (p. 5999)

M. Thibault Bazin

M. Jérémie Patrier-Leitus

Amendements n° 1071, 670, 1073

Article 2 *nonies* (p. 6001)

Amendement n° 1002

Article 2 *decies* (p. 6002)

Amendements n° 261 deuxième rectification, 489

Article 2 *undecies* (p. 6002)

Amendement n° 527

Sous-amendement n° 1133

Amendements n° 628, 626, 638

Article 2 *duodecies* (p. 6003)

Amendements n° 1150, 1154, 1158, 1159, 1160, 1168

Article 3 (p. 6005)

M. Thierry Frappé

Amendements n° 342, 521, 673

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé

Amendements n° 340, 43, 716, 341, 518

Sous-amendement n° 1179

Après l'article 3 (p. 6009)

Amendements n° 113, 1019 rectifié, 1045, 1081

*Suspension et reprise de la séance* (p. 6011)

Amendements n° 1036, 1035, 136, 591, 946, 947,, 161, 759, 932, 933, 934, 747,, 985, 476, 522, 1041, 445, 705, 1032, 449, 477, 751

Article 3 *bis* (p. 6015)

Article 4 (p. 6015)

Amendements n° 44, 869, 710, 675, 762

Après l'article 4 (p. 6018)

Amendements n° 806, 911, 912, 913, 857

Article 5 (p. 6020)

M. Timothée Houssin

Mme Astrid Panosyan-Bouvet

M. Pierre Dharréville

Amendements n° 1148, 1151, 1152, 1153, 534, 533, 994, 38, 532

Article 5 *bis* (p. 6025)

Amendements n° 156, 704

Après l'article 5 *bis* (p. 6026)

Amendements n° 689, 686, 989, 1016, 1015, 67, 66, 64, 253, 1184, 997, 873, 875, 1147, 1149, 1155, 1156, 1157, 1163, 1166, 539, 50, 935

Article 6 (p. 6032)

M. Maxime Laisney

Amendement n° 696

### 2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 6034)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTE DE MME VALÉRIE RABAULT

### vice-présidente

**Mme la présidente.** La séance est ouverte.

*(La séance est ouverte à quinze heures.)*

1

## AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS PAR L'ENGAGEMENT TERRITORIAL DES PROFESSIONNELS

### Suite de la discussion d'une proposition de loi

**Mme la présidente.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (n<sup>os</sup> 1175, 1336).

### DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

**Mme la présidente.** Hier après-midi, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles de la proposition de loi, s'arrêtant à l'amendement n<sup>o</sup> 605 à l'article 2 *quinquies*.

### Article 2 *quinquies* *(suite)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Sébastien Peytavie, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1066.

**M. Sébastien Peytavie.** Nous avons terminé la séance d'hier après-midi en adoptant la proposition du groupe de travail transpartisan relative à l'indicateur territorial de l'offre de soins (Itos). L'amendement n<sup>o</sup> 1066 vise à ce que la version finale de l'Itos fasse l'objet d'une publication sur le site des agences régionales de santé (ARS), pour garantir la transparence et l'égal accès à l'information.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Frédéric Valletoux, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur de la commission des affaires sociales.** Votre amendement est satisfait. Avis défavorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le ministre de la santé et de la prévention, pour donner l'avis du Gouvernement.

**M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention.** L'amendement est satisfait, car les informations relatives au zonage sont déjà définies et publiées sur le site des ARS. Avis défavorable.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1066 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Sébastien Peytavie, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1070.

**M. Sébastien Peytavie.** Afin d'améliorer l'Itos, nous proposons de préciser que cet indicateur est également utilisé dans le cadre de la construction de la stratégie nationale de santé. Nous lui donnerons ainsi une dimension nationale, ce qui permettra de l'utiliser à des fins de comparaison, par exemple dans l'objectif d'évaluer l'opportunité d'instaurer des mesures d'encadrement.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** L'Itos étant conçu pour définir la politique sanitaire au niveau local, il n'a pas vocation à être utilisé dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

**Mme Stéphanie Rist.** Bien sûr !

**M. François Braun, ministre.** Avis défavorable.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1070 n'est pas adopté.)*

*(L'article 2 *quinquies*, amendé, est adopté.)*

### Après l'article 2 *quinquies*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Freddy Sertin, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 471.

**M. Freddy Sertin.** Il tend à ce que la Haute Autorité de santé (HAS) établisse des recommandations d'effectifs des professionnels de santé revues tous les cinq ans afin de garantir la sécurité de la prise en charge des patients. En effet, les effectifs des services de soins non programmés en gynécologie-obstétrique souffrent d'un manque d'actualisation conduisant parfois à des incohérences entre les effectifs supposés, les évolutions de l'organisation du système de santé et les besoins de santé publique.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Il existe déjà des obligations relatives aux effectifs médicaux et paramédicaux nécessaires au bon fonctionnement des activités de soin. L'amendement est satisfait. Demande de retrait ou avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Avis défavorable. Je précise que les calculs de ratio sont assez rarement adaptés à la situation réelle. C'est pourquoi j'ai entamé, en concertation avec les organisations syndicales représentatives des personnels de santé et des médecins, un travail relatif à l'adaptation de la charge en soins. Nous élaborons un indicateur que je vous présenterai dès que possible.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Freddy Sertin.

**M. Freddy Sertin.** Au regard des informations communiquées par M. le ministre et de l'étude en cours au sujet de l'évaluation de la charge en soins, je retire l'amendement.

**M. Hadrien Clouet.** Petit bras !

(L'amendement n° 471 est retiré.)

### Article 2 *sexies*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de quatre amendements, n°s 173, 337, 760 et 431, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 173, 337 et 760 sont identiques.

La parole est à M. Stéphane Delautrette, pour soutenir l'amendement n° 173.

**M. Stéphane Delautrette.** Il vise à associer les collectivités – en particulier les départements – ainsi que la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) au guichet unique départemental. L'objectif du guichet unique consiste en effet à favoriser et à coordonner l'installation de médecins, en particulier dans les déserts médicaux, ce pour quoi des éléments extérieurs à la pratique médicale, tels que le logement, la mobilité ou encore les structures de santé existantes, entrent en ligne de compte. C'est pourquoi il convient d'associer au guichet unique non seulement les ordres professionnels, mais également la CPAM et les collectivités, notamment les départements, compte tenu de leurs compétences en la matière.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 337.

**M. Thibault Bazin.** L'article 38 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2023 dispose la création dans chaque ARS d'un guichet unique départemental destiné à accompagner les professionnels de santé, notamment lors de leur installation. Mon collègue Yannick Neuder et moi-même sommes très attachés à cette mesure. Or pour favoriser et coordonner l'installation de médecins, en particulier dans les déserts médicaux, il convient de prendre en considération l'accès au logement, le transport, la garde d'enfants ou encore la mobilité professionnelle du conjoint. Les plus jeunes des médecins concernés ont d'ailleurs émis des préconisations intéressantes en la matière.

Estimant souhaitable de réunir tous les acteurs concernés pour élaborer des mesures d'accompagnement à l'installation, nous proposons d'associer à ce travail la CPAM. Cela semble cohérent avec l'esprit du texte, qui entend associer les divers acteurs à la définition du diagnostic en matière d'offre de soins comme d'accompagnement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Sébastien Peytavie, pour soutenir l'amendement n° 760.

**M. Sébastien Peytavie.** Issu d'une proposition du groupe Socialistes et apparentés, l'amendement vise à associer les collectivités, notamment les départements, ainsi que la CPAM au guichet unique départemental chargé de l'accompagnement à l'installation des professionnels de santé.

Sous l'égide de chaque ARS, le guichet unique vise à simplifier les démarches administratives des professionnels de santé effectuées dans le cadre de leur projet d'installation. S'il peut faciliter l'installation des médecins sur les territoires, en particulier dans les zones situées dans des déserts médicaux, il n'offre qu'une réponse partielle aux problématiques rencontrées par les médecins. Il est donc crucial d'intégrer aux dispositifs d'accompagnement du guichet unique des mesures concernant le logement, la mobilité ou les structures de santé existantes, ce qui relève notamment de la compétence des collectivités et de la CPAM. Par cet amendement, fruit d'une réflexion menée conjointement avec l'Assemblée des départements de France (ADF), le groupe Écologiste-NUPES propose d'associer ces acteurs au guichet unique.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n° 431.

**M. Thibault Bazin.** Pour favoriser et coordonner l'installation des médecins, l'aménagement du territoire constitue un enjeu essentiel. C'est pourquoi il semble pertinent d'associer au guichet unique non seulement les ordres professionnels et les autres structures concernées, mais également les départements, comme le demande l'ADF. En effet, les départements sont chefs de file dans le domaine médico-social. Plusieurs députés de notre groupe, comme Josiane Corneloup et moi-même, sont conseillers départementaux : nous pouvons donc mesurer l'importance de ces collectivités dans le fonctionnement des maisons de retraite, des structures de prise en charge du handicap ou encore des Saad – services d'aide et d'accompagnement à domicile – et des Ssiad – services de soins infirmiers à domicile –, que nous cherchons à faire évoluer pour en faire des services dédiés à l'autonomie.

Il importe de proposer une offre de soins en adéquation avec les besoins du territoire. Étant donné que certains médecins recherchent un exercice mixte, il est intéressant de leur faire savoir quelles structures et services existent dans le territoire. Le département est particulièrement bien placé pour jouer ce rôle d'information et d'accompagnement.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Eh oui !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** La création du guichet unique départemental dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 vise justement à associer les collectivités locales à l'accompagnement des médecins. Tel était également l'objectif de l'amendement adopté en commission ayant pour effet d'étendre les missions du guichet unique.

Puisque le guichet unique est départemental, la CPAM et le conseil départemental y prendront naturellement part. C'est également le cas d'autres acteurs comme les intercommunalités – dont le rôle en matière de logement, par exemple, n'est pas moindre que celui des départements –, les villes ou encore les régions, qui jouent souvent un rôle déterminant dans la réflexion au sujet de l'offre de soins.

Ces amendements me semblent donc superfétatoires : je peine à comprendre pourquoi ils insistent sur le rôle du département et de la CPAM et non sur celui des autres acteurs. Il aurait fallu citer tous les acteurs, ou bien aucun. Je vous propose donc de nous en tenir à une description générale des parties prenantes. Demande de retrait ou avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Le guichet unique constitue une mesure essentielle de la stratégie de lutte contre les déserts médicaux et de refondation du système de santé. L'ensemble des partenaires que vous avez cités sont bien entendu associés au guichet unique, tout comme d'autres acteurs : les citer intégralement nuirait sans doute à la lisibilité du texte, puisque nous entendons laisser à chaque territoire la liberté d'y participer. Il ne me semble donc pas utile d'inscrire cette liste dans l'article. Je m'en remets toutefois à la sagesse de l'Assemblée nationale.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Je propose le compromis suivant, qui me semble efficace : à défaut de la loi, le décret d'application devra faire mention de toutes les collectivités territoriales. En effet, leur susceptibilité est grande : nous courons le risque qu'une collectivité, si elle n'est pas spécifiquement mentionnée, en prenne ombrage. Il est bon que tous ceux qui contribuent à l'accompagnement des professionnels de santé – je rappelle que les fonctions du guichet unique, initialement limitées à l'accompagnement lors de l'installation, seront considérablement étendues par ce texte – soient explicitement associés à ce dispositif.

En outre, il convient d'insister sur l'actualisation des données du guichet, de sorte que celles-ci ne constituent pas une photo statique, mais une photo dynamique.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Très bien !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Hadrien Clouet.

**M. Hadrien Clouet.** J'exprimerai brièvement mon soutien à ces amendements. M. le rapporteur affirme qu'ils sont superfétatoires. Je l'entends, mais nous pouvons prendre ce risque au vu de l'importance de leur signification. Ils soulignent en effet que la politique de santé publique doit être pensée en fonction des territoires, dans un lien et un dialogue systématique avec les collectivités. À l'inverse, les collectivités ont un rôle à jouer pour anticiper les évolutions de la santé. C'est au cœur des discussions que nous avons eues hier : certains députés de la majorité ont soutenu que les incitations suffiraient à faire s'installer les médecins. Personnellement, je n'y crois pas mais, si vous pensez que c'est le cas, il est important que les départements, entre autres, participent au guichet unique, car ils ont la main sur les politiques du logement, des transports ou de la garde d'enfants, grâce auxquelles on peut rendre la vie plus facile aux professionnels de santé qui s'installeraient. Leur participation à ces dispositifs nous semble donc être une condition pour rendre effective l'installation des professionnels sur les territoires. (*M. Maxime Laisney applaudit.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Votre intervention m'incite à apporter une précision. Vous parlez vous-même des collectivités locales. Parmi les compétences que vous avez

citées, certaines relèvent de la métropole ou de l'intercommunalité, d'autres de la commune, or ces amendements ne mentionnent que les conseils départementaux.

Je vous appelle donc à être cohérents. Vous êtes plusieurs à avoir parlé des collectivités au sens large, pourtant vous présentez des amendements pour intégrer seulement les conseils départementaux aux décisions. Certes, les départements sont des collectivités locales importantes, mais ils ne constituent pas pour autant l'ensemble des collectivités mobilisées pour accompagner l'évolution de l'offre médicale.

Je souligne donc cette distorsion, en soutenant qu'il fallait ne mentionner aucune instance ou bien les inclure toutes.

Je vous demande donc de retirer ces amendements, sans quoi j'émettrai un avis défavorable.

**M. Hadrien Clouet.** Sous-amendez ces amendements, monsieur le rapporteur !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Stéphane Delautrette.

**M. Stéphane Delautrette.** Je souhaite répondre à ce que vient de dire M. le rapporteur. L'exposé des motifs de l'amendement n° 173 de M. Guillaume Garot et ceux des amendements identiques mentionnent bien « les collectivités et en particulier les départements ». D'abord, les départements sont compétents en matière de logement, même s'ils ne sont pas les seuls à œuvrer. Ensuite, les départements sont souvent à l'initiative des démarches pour résoudre le problème des déserts médicaux en cherchant à améliorer l'attractivité de leur territoire. Ils ont favorisé la mobilisation d'autres collectivités, des professionnels de santé, de leurs représentants et de l'ensemble des acteurs de la santé. C'est la raison pour laquelle cet amendement a son importance : il faut affirmer clairement le rôle que jouent les départements.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Je débute dans le métier. (*Sourires.*)

**M. Hadrien Clouet.** Et c'est très bien !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** M. Garot a bien inscrit dans l'exposé des motifs que l'amendement n° 173 vise à associer, outre la caisse primaire d'assurance maladie, « les collectivités et en particulier les départements », mais la rédaction de l'amendement lui-même ne mentionne que « le conseil départemental ». Il y a donc bien une distorsion entre l'exposé des motifs et la rédaction de l'amendement.

Si vous en êtes d'accord et si je peux sous-amender,...

**Mme Stéphanie Rist.** Ce serait bien !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** ...au lieu de mentionner « le conseil départemental », inscrivons « les collectivités territoriales, leurs groupements », et, comme dans la rédaction de l'amendement n° 173, la caisse primaire d'assurance maladie, afin d'inclure tout le monde.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Quelle sagesse !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Cela vous convient-il ? Je donne un avis favorable au sous-amendement du rapporteur. (*Sourires.*)

**Mme la présidente.** Je suspends la séance le temps de rédiger le sous-amendement.

### **Suspension et reprise de la séance**

**Mme la présidente.** La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à quinze heures vingt, est reprise à quinze heures vingt-cinq.)*

**Mme la présidente.** La séance est reprise.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir le sous-amendement n° 1185.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Merci, madame la présidente, d'avoir permis la rédaction de ce sous-amendement qui vise à englober l'ensemble des collectivités locales.

**M. Philippe Vigier.** Très bien !

**Mme la présidente.** Pour que les choses soient bien claires pour tous, le sous-amendement n° 1185 porte sur les amendements identiques n°s 173, 337 et 760. Il est ainsi rédigé : « À l'alinéa 2, substituer aux mots : "le conseil départemental", les mots : "les collectivités territoriales, leurs groupements". »

**M. Philippe Vigier.** Excellent !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement sur le sous-amendement n° 1185 ?

**M. François Braun, ministre.** Sagesse bienveillante. *(Sourires.)*

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 173, 337 et 760 ainsi sous-amendés ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Favorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Sagesse.

*(Le sous-amendement n° 1185 est adopté.)*

*(Les amendements identiques n°s 173, 337 et 760, sous-amendés, sont adoptés ; en conséquence, l'amendement n° 431 tombe.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 584 de M. le rapporteur est rédactionnel.

*(L'amendement n° 584, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thierry Frappé, pour soutenir l'amendement n° 594.

**M. Thierry Frappé.** Il vise à accompagner au mieux les professionnels de santé dans leurs diverses démarches. Les démarches administratives ne constituent pas les seules difficultés rencontrées par les professionnels. Les premières télétransmissions et télédéclarations sont également difficiles, notamment les flux en retour concernant la comptabilité.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** L'amendement me semble satisfait par la rédaction initiale. L'avis de la commission est donc défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Plusieurs ressources existent déjà pour aider les professionnels de santé dans ces démarches. L'assurance maladie propose des formations pour les médecins qui s'installent pour la première fois sur la nomenclature et les obligations de télétransmission ; des rencontres avec les délégués de l'assurance maladie sont également organisées. Quant aux déclarations comptables, elles relèvent plutôt d'acteurs privés tels que les experts-comptables que des pouvoirs publics.

Pour toutes ces raisons, l'avis du Gouvernement est défavorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Je reviendrai un instant sur ce qu'a dit le ministre. Les médecins ne savent pas, malgré les informations dont vous avez parlé, que, depuis 2022, ils peuvent devenir des entreprises individuelles et bénéficier de l'impôt sur les sociétés (IS) à taux faible. J'ai fait un petit sondage après de quatre-vingts médecins, et aucun ne le savait.

*(L'amendement n° 594 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 585 de M. le rapporteur est rédactionnel.

*(L'amendement n° 585, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

*(L'article 2 sexies, amendé, est adopté.)*

### **Après l'article 2 sexies**

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus, pour soutenir l'amendement n° 77.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** L'amendement de M. Thierry Benoit tend à rendre certaines informations transparentes et accessibles au plus grand nombre. Il vise à publier, chaque année, sur le site internet des ARS, les informations permettant de faire un état des lieux de l'offre de soins dans un territoire ainsi que le nombre de médecins formés exerçant effectivement la médecine.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Ces chiffres sont publiés par l'Assurance maladie, de sorte que votre demande est satisfaite. Je vous propose donc de retirer l'amendement, sans quoi la commission émettra un avis défavorable.

*(L'amendement n° 77, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement, est retiré.)*

### **Article 2 septies**

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder, inscrit sur l'article.

**M. Yannick Neuder.** Vous l'avez compris, nous ne sommes pas des grands fans des indicateurs, mais s'il doit y en avoir, pour qu'ils soient utiles à la décision des collectivités territoriales en lien avec la politique régaliennne, il est nécessaire qu'ils incluent l'âge des médecins, car ce facteur affecte très fortement les projections concernant la présence médicale. En outre, nous avons rappelé hier qu'il serait utile de préciser la nature des activités médicales exercées. En effet, c'est bien de disposer du nombre de médecins, mais il faut savoir qui

fait quoi et comment : les consultations sans rendez-vous, le suivi du médecin traitant ou les rendez-vous pris au moyen de SOS Médecins ne relèvent pas de la même activité. Ces informations, même si elles n'ont aucun effet sur le nombre total de médecins, aideront les collectivités locales, qui pourront ainsi s'adapter pour favoriser leur installation dans tel ou tel territoire.

**Mme la présidente.** Je suis saisie de deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 871 et 1031, tendant à supprimer l'article.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 871.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Par coordination, il tend à supprimer l'article 2 *septies*, devenu incompatible avec la rédaction de l'article 2 *quinquies* que nous avons adoptée.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean-François Rousset, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1031.

**M. Jean-François Rousset.** En cohérence avec les amendements tendant à préciser que l'indicateur territorial de l'offre de soins est mis à jour tous les deux ans, mon amendement tend à supprimer l'article 2 *septies*, qui prévoit une actualisation annuelle du zonage de l'offre de soins. En effet, si cette périodicité est un objectif souhaitable, nous devons être réalistes : en pratique, cette injonction du législateur sera difficile à respecter. Afin que le texte final soit réellement applicable, mon amendement tend donc à supprimer cet article.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Favorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Suite aux différents amendements adoptés, et pour la bonne clarté des débats, pouvez-vous, monsieur le rapporteur, nous rappeler de quels indicateurs nous disposons à ce stade, et leur périodicité – annuelle ou bisannuelle ? Pouvez-vous également nous préciser s'ils seront dynamiques, et prendront en considération l'âge des médecins, par exemple ?

**Mme la présidente.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** J'appuie la demande de notre collègue Yannick Neuder. L'article 2 *septies*, que vous souhaitez supprimer, a été introduit par l'adoption en commission d'amendements identiques transpartisans – il y a eu assez peu d'amendements adoptés pour que je m'en souviens (*M. le rapporteur sourit*) – et j'insiste donc pour obtenir des explications complètes sur sa suppression. En effet, je relève déjà au moins une différence entre la rédaction adoptée à l'article 2 *quinquies* et celle que nous proposons : l'Itos sera mis à jour tous les deux ans, alors que nous proposons un indicateur réévalué tous les ans.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Vos questions sont légitimes. Nous avons adopté hier un amendement précisant les modalités de l'indicateur territorial de l'offre de soins. Son mode de calcul sera défini par décret, mais je tiens à préciser que l'indicateur sera commun à tous les territoires : il permettra donc à la fois d'évaluer la progression de l'offre dans le temps mais aussi de comparer les territoires.

À l'occasion de cet amendement, nous avons opté pour une révision bisannuelle, qui nous semblait collectivement la périodicité la plus pertinente pour laisser le temps à l'administration d'agréger les données intéressantes, et permettre aux territoires de s'appuyer sur ces données pour faire évoluer leurs politiques publiques de long terme en matière d'offre de soins.

**M. Yannick Neuder.** De prendre l'âge des médecins en considération !

**M. Nicolas Sansu.** Voire d'opter pour la régulation !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Le vieux rêve ! (*Sourires.*)

Nous nous sommes donc mis d'accord pour fixer dans la loi une révision bisannuelle de l'indicateur de l'offre de soins ; ses autres modalités seront définies par décret.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le ministre.

**M. François Braun, ministre.** Opter pour une mise à jour bisannuelle laissera à l'Itos le temps d'évoluer. Beaucoup d'indicateurs existent déjà dans le domaine de la santé, qui sont plus ou moins pertinents : je tiens à saluer la pertinence de celui que vous avez créé, l'Itos, dont le calcul sera évidemment pondéré par des données démographiques, médico-sociales et économiques.

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 871 et 1031 sont adoptés ; en conséquence, l'article 2 septies est supprimé et l'amendement n<sup>o</sup> 593 devient sans objet.)*

## Article 2 *octies*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin, inscrit sur l'article.

**M. Thibault Bazin.** L'article 2 *octies* tend à imposer aux médecins un préavis d'au moins six mois avant la cessation de leur activité – certains amendements proposent même d'aller jusqu'à un an. Certes, cette disposition serait bénéfique pour les patients et les partenaires, et permettrait d'éviter une désertification subie en laissant aux collectivités du temps pour pallier le départ prochain du médecin, mais, à la réflexion, elle ne me semble pas pertinente, voire contre-productive.

**M. Pierre Dharréville.** Eh oui !

**M. Thibault Bazin.** Comme j'ai pu l'observer dans mon territoire, certains médecins sont en effet contraints de cesser leur activité pour des raisons qui ne sont pas toujours prévisibles, comme des changements de vie familiale, des soucis de santé ou la mutation de leur conjoint – en particulier chez les jeunes médecins. On ne peut s'abstraire de ces réalités de la vie.

Or, le texte précise que l'obligation de préavis s'applique « sauf dans les cas de force majeure prévus par décret ». Quelles situations cette formule vise-t-elle ? Les médecins devront-ils justifier de leurs problèmes de santé, ou de la mutation de leur conjoint ? Je comprends que certains puissent s'en agacer, mais il me semble qu'en l'état, la rédaction de l'article 2 *octies* aura plutôt un effet dissuasif sur les installations, voire, pour les médecins qui hésitent à poursuivre leur activité, à accélérer sa cessation avant l'entrée en vigueur du texte – je pense notamment à ceux qui ne savent pas jusqu'à quand ils pourront, physiquement, continuer à travailler, et qui pourraient arrêter lorsqu'on les

préviendra qu'après la promulgation de la loi, ils devront obligatoirement travailler une année de plus pour respecter l'obligation de préavis. Je pense donc qu'il faut supprimer cet article.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Cet article résulte de l'adoption en commission des amendements identiques déposés par les membres du groupe de travail transparent – j'en profite pour remercier le rapporteur d'avoir alors émis un avis favorable. Comme vous l'avez dit, le départ d'un médecin dans un désert médical est source d'inquiétude pour les habitants, et un aveu d'impuissance pour les élus locaux, qui se retrouvent devant le fait accompli du jour au lendemain. Le préavis prévu par cet article est donc important à trois titres. Tout d'abord, il permet aux habitants d'anticiper le départ de leur médecin. Ensuite, il permet aux élus locaux de chercher des solutions palliatives, même si trouver un médecin remplaçant n'est pas chose facile. Enfin, il permet de clarifier la situation et de mettre fin aux rumeurs et suppositions sur la date de départ du médecin. Eu égard à l'accès aux soins dans les territoires ruraux, connaître avec certitude la date du départ d'un médecin six mois en amont nous semble donc tout à fait souhaitable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus, pour soutenir l'amendement n° 1071.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Il tend à élargir l'obligation de préavis aux infirmiers – une mesure travaillée en concertation avec l'Ordre national des infirmiers, qui y est plutôt favorable. Si nous obligeons les médecins et d'autres professionnels de santé à déposer un préavis, il n'y a aucune raison pour que les infirmiers n'y soient pas soumis également.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Les problèmes de la démographie des infirmières ne sont pas ceux de la démographie médicale ; l'investissement des collectivités locales et l'accompagnement à l'installation de ces professionnelles non plus. N'alourdissons pas le dispositif prévu à l'article 2 *octies*, d'autant que nous n'avons pas encore évalué son efficacité. Je vous demande donc de bien vouloir retirer l'amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Par ailleurs, vous avez vous-même reconnu, monsieur Bazin, que le préavis était un délai de convenance. M. Jérémie Patrier-Leitus l'a souligné, les collectivités territoriales doivent réorganiser l'offre de soins suite au départ d'un médecin, comme parfois un hôpital suite à la fermeture d'une clinique. Même si c'est plus rare, et que ça prend au moins deux ou trois mois, c'est arrivé dans la commune dont j'ai été maire durant quelques années, et il a fallu réorganiser l'offre hospitalière. Le préavis que nous souhaitons imposer tend à permettre aux collectivités de s'organiser, un argument d'ailleurs bien accepté par de nombreux acteurs de santé.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** J'en profite pour répondre moi aussi à M. Bazin. Nous avons beaucoup évoqué les difficultés rencontrées pour trouver un médecin traitant. Un délai de prévenance de six mois nous semble tout à fait raisonnable, non seulement pour les collectivités territoriales,...

**M. Thibault Bazin.** Pour les patients !

**M. François Braun, ministre.** ...mais aussi pour les patients – en particulier les patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD) –, qui ont ainsi le temps, avec l'aide de la caisse primaire d'assurance maladie, de trouver un nouveau médecin traitant. Les circonstances particulières autorisant à déroger à l'obligation de préavis seront définies en fonction de la situation locale. Par ailleurs, le décret pourra prévoir un allongement progressif du préavis.

Je tiens à souligner une nouvelle fois le rôle essentiel des infirmiers, qui sont des acteurs de proximité importants. Comme le rapporteur, je pense toutefois que la répartition des infirmiers dans le territoire et leurs possibilités d'installation sont complètement différentes de celles des médecins. Pour cette raison, je vous demande également de retirer l'amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Je suis encore plus défavorable à l'amendement après avoir entendu sa justification : ce n'est pas parce que le dispositif s'appliquera aux médecins qu'il faut nécessairement l'étendre aux infirmiers, dont l'exercice professionnel est tout à fait différent. Penser le contraire prouve une grande méconnaissance de la réalité des territoires.

Les infirmières seront indispensables pour réussir le virage domiciliaire et ambulatoire. Or, alors qu'elles supportent déjà des charges très importantes en raison de l'augmentation des prix du carburant et l'absence de revalorisation de leurs actes depuis 2009, vous voulez leur imposer de nouvelles contraintes : arrêtez de fouetter les chevaux. Rencontrez le collectif « Infirmiers libéraux en colère », vous verrez qu'il soutient de toutes autres propositions. Faites plutôt des propositions constructives, comme l'élargissement de la liste des produits que les infirmiers sont autorisés à prescrire pour gagner en cohérence. Ils voudraient, par exemple, pouvoir prescrire les bandelettes lorsqu'ils prescrivent un appareil à dextro, ou du sparadrap lorsqu'ils prescrivent des compresses. Voilà une mesure qui faciliterait leur pratique.

En outre, l'amendement est totalement contradictoire avec l'article 1<sup>er</sup>, qui renforce les conseils territoriaux de santé (CTS). J'y étais d'ailleurs opposé. Il existe une importante porosité entre les différents modes d'exercice des infirmières – hôpital, libéral, Ehpad. Dans certains territoires, la situation évolue souvent, certaines infirmières exerçant en libéral reprenant un poste hospitalier, ou inversement. En leur ajoutant encore des contraintes, on perdra toute flexibilité sur le territoire alors qu'on est déjà en pénurie de professionnels. Alors, de grâce, rejetons cet amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Sauf erreur de ma part, les dispositions de l'article 2 *octies* s'appliquent non seulement aux médecins, mais aussi à d'autres professionnels de santé, comme les sages-femmes. Peut-être M. le rapporteur pourrait-il nous le confirmer ? Le cas échéant, je ne vois pas pourquoi les infirmiers seraient exclus du champ d'application.

Monsieur Neuder, les professionnels de santé ont le sens des responsabilités. Leur demander d'informer leur patientèle de leur départ six mois en avance ne me semble pas relever d'une coercition excessive, mais plutôt du bon sens.



D'ailleurs, la plupart ont déjà la décence de prévenir de leur départ. Cette obligation améliorera la gestion, et l'inscrire dans la loi me paraît donc de bonne politique.

*(L'amendement n° 1071 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 670.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Pour répondre à M. Bazin, il s'agit d'un amendement rédactionnel visant à préciser que ce préavis de six mois fait l'objet d'exceptions prévues par décret, parmi lesquelles figureront le déménagement et le départ en retraite. Les cas de force majeure ne constitueront donc plus les seules dérogations possibles.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Favorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thibault Bazin.

**M. Thibault Bazin.** Monsieur le ministre, ce moment est très important, car votre décret clarifiera l'intention du législateur. Il importe de concilier l'intérêt des patients, des territoires, et le souci d'accroître leur attractivité, ainsi que de fidéliser les médecins qui y exercent encore. Encore une fois, la mutation du conjoint, surtout si le couple a des enfants, ou encore des soucis de santé peuvent donner lieu à un départ inopiné : votre avis favorable laisse entendre que, dans de tels cas, le préavis de six mois ne s'appliquera pas. Me voici rassuré ; il restera à caler la sortie progressive afin d'éviter des effets indésirables, notamment pour ces professionnels de santé âgés qui ignorent à quel moment ils cesseront leur activité et que la vie, soudain, rattrape. Il faut tenir compte de leur situation, peut-être en introduisant un facteur lié à l'âge ? Certes, l'idéal consiste à pouvoir prévenir de son départ, mais nous devons prévoir tous les cas de figure possibles afin d'éviter que le dispositif ne se retourne contre nous.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Nicolas Sansu.

**M. Nicolas Sansu.** Ne nous racontez pas d'histoires : il est déjà d'usage qu'un médecin sur le point de partir en retraite l'annonce à ses patients. Parfois, ces derniers étaient même au courant avant qu'il ne le leur dise. En tout cas, dans les territoires, exception faite des accidents de la vie, ce serait tout à fait normal qu'un médecin s'y prenne six mois avant son départ, comme doit le faire tout salarié pour liquider ses droits !

**M. Philippe Vigier.** Bravo !

**M. Nicolas Sansu.** Cette belle mesure ne serait pas extrêmement coercitive et permettrait d'organiser au mieux la venue d'un autre médecin, si tant est que la chose soit possible, ainsi que de rassurer les intéressés – y compris les élus locaux, qui s'investissent souvent beaucoup dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les centres de santé, et se retrouvent parfois Gros-Jean comme devant.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Notre collègue Sansu m'a enlevé les arguments de la bouche ! Partir à la retraite demande six mois ; changer de département, ce qui nécessite de saisir le conseil départemental de l'Ordre des médecins dans le territoire que l'on quitte, puis dans celui qui vous accueille, prend six mois ; et les circonstances exceptionnelles restent exceptionnelles par définition. En outre, vous l'avez dit, monsieur le ministre : pour les patients, apprendre, comme cela se

produit quelquefois, que leur médecin s'en va du jour au lendemain est extrêmement difficile à vivre. Cette mesure n'est nullement coercitive : elle relève d'une bonne gestion prévisionnelle des compétences, en toute responsabilité, au profit des médecins comme des patients.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Hadrien Clouet.

**M. Hadrien Clouet.** Dans la foulée de nos collègues Sansu et Vigier, j'ajouterais qu'il serait coercitif de restreindre la liberté qu'ont les médecins d'aller s'installer ailleurs. Or, il s'agit non pas de cela,...

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Exactement !

**M. Hadrien Clouet.** ...mais du délai dans lequel ils doivent en informer autrui, ainsi que de les aider à éviter une mise en concurrence pour savoir qui part au dernier moment – le préavis, ayant un caractère national, limitera le champ d'action des chasseurs de têtes qui cherchent à débaucher des professionnels. Enfin, en matière de santé publique, il n'est tout de même pas inadéquat d'exiger un préavis, comme pour la résiliation d'un bail locatif !

**M. Philippe Vigier.** Exactement !

*(L'amendement n° 670 est adopté ; en conséquence, les amendements n° 613, 608, 777 et 1052 tombent.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus, pour soutenir l'amendement n° 1073.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** L'article prévoit que le préavis soit communiqué à l'ARS et au conseil local de l'Ordre des médecins, suivant ce qu'avait souhaité le groupe de travail transparent. Cet amendement vise à ce qu'il le soit également à la patientèle du médecin concerné. Certes, cela va sans dire, mais cela ira encore mieux en le disant !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** L'amendement est satisfait : avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Même avis.

*(L'amendement n° 1073 n'est pas adopté.)*

*(L'article 2 octies, amendé, est adopté.)*

## Article 2 nonies

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus, pour soutenir l'amendement n° 1002.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** J'avais soulevé en commission le problème des rachats-fermetures de pharmacies. En 2016, l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) établissaient dans leur rapport « La Régulation du réseau des pharmacies d'officine » : « Près de la moitié des fermetures d'officine sont par ailleurs le résultat d'initiatives de pharmaciens désireux restructurer l'offre locale via des regroupements et rachats-fermetures. » Ces restructurations peuvent avoir pour effet de concentrer l'offre, qui, dans certaines zones, se raréfie et ne permet plus de satisfaire les besoins des populations en médicaments. S'il ne serait ni souhaitable ni possible de les interdire, il demeure indispensable de les réguler, compte

tenu des difficultés et inégalités actuelles en matière d'accès aux soins, en vue d'assurer un maillage territorial satisfaisant des pharmacies d'officine.

Cet amendement vise donc à ce que le Gouvernement remette au Parlement un rapport évaluant les conséquences de la concentration du réseau « sur le nombre, la présence et le maillage territorial des officines ». J'avais originellement déposé un amendement bien plus restrictif, visant d'emblée à une régulation, mais ce rapport devrait nous permettre de prendre la mesure de la situation et de trouver des solutions en vue d'éviter une désertification non plus médicale, mais officinale.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Nous avons effectivement eu en commission un débat nourri et adopté l'amendement n° AS694, dont le fond n'était pas pour me déplaire, mais dont la rédaction hâtive aurait rendu l'application malaisée : il aurait fallu entrer dans des considérations juridico-économiques plus proches du droit des affaires que des compétences d'un directeur général d'ARS. En revanche, l'idée d'un rapport me convient : nous avons besoin de faire le point, d'embrasser toutes les conséquences du problème bien réel que vous signalez – les fermetures d'officines, en particulier dans les territoires ruraux, mais aussi, parfois, leur rachat par des groupes financiers. Avis favorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Même avis. Je vous remercie, monsieur le député, de cette alerte : le rapport nous permettra en effet de mieux comprendre le phénomène, d'en étudier les conséquences et d'envisager des mesures.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Merci, monsieur le ministre, de vous intéresser à ce sujet. Il serait intéressant de regarder ce qui s'est passé au cours des dix dernières années : pour chaque fusion, combien d'officines maintenues, combien de supprimées ? Nous pourrions du reste en faire autant concernant la radiologie, la biologie médicale, où la concentration connaît une accélération absolument folle.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Je remercie le rapporteur et le ministre de leur écoute. On répète souvent que nous devons nous montrer attentifs au terrain : cet amendement m'a été, si je puis dire, inspiré par des maires ruraux de ma circonscription. J'en parlais à l'instant avec Philippe Vigier : les maires des zones rurales constatent ces rachats-fermetures, et je souhaite leur rendre hommage, les remercier aussi de nous alerter régulièrement, nous parlementaires, concernant la réalité des déserts médicaux. C'est grâce à cette bonne intelligence que nous avons pu travailler avec Guillaume Garot.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Hadrien Clouet.

**M. Hadrien Clouet.** Je voudrais également soutenir l'amendement, même si l'on pourra regretter les dispositions plus dures adoptées en commission. Il s'agit sinon de sauver mais de protéger une profession de santé dont l'exercice est d'ailleurs déjà régulé, d'où une répartition géographique quasiment optimale, mais dont 1 500 officines ont fermé en l'espace d'une décennie non pas, par exemple, en raison

d'erreurs de gestion du propriétaire, mais uniquement parce que leur marge ne leur permettait pas de tenir face aux propositions de rachat. Cette concentration dictée par les taux de profit touche l'ensemble du territoire, comme pour nous rappeler à quel point la marchandisation de la santé publique entraîne la disparition du maillage qui protégeait la population. De surcroît, les trois quarts des officines fermées avaient un chiffre d'affaires inférieur à 1 million d'euros : de manière strictement conforme à la loi du marché, les plus petits, les plus faibles, sont dévorés par les plus forts, groupes financiers ou officines concurrentes – au détriment à la fois d'un accès de proximité aux médicaments, à certains soins, et de la souveraineté nationale qui garantit l'approvisionnement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Guillaume Garot.

**M. Guillaume Garot.** Je soutiens la proposition de Jérémie Patrier-Leitus, car, comme l'a dit Philippe Vigier, nous assistons à des opérations de concentration extrêmement inquiétantes qui concernent non seulement les pharmacies, mais les cabinets de radiologie – les radiologues nous le disent – et les laboratoires d'analyses médicales. Hadrien Clouet l'a rappelé : il y a là une question de souveraineté. Les fonds d'investissement dont les capitaux servent à racheter ces établissements ne sont pas français ; mesurez-vous ce que signifie le fait de laisser notre accès à la santé passer entre des mains étrangères ? Le rapport que souhaite M. Patrier-Leitus est donc d'intérêt national. (*M. Sébastien Peytavie applaudit.*)

(*L'amendement n° 1002 est adopté ; en conséquence, l'article 2 nonies est ainsi rédigé.*)

## Article 2 decies

**Mme la présidente.** Je suis saisie de deux amendements identiques, n° 261 deuxième rectification et 489 rectifié.

La parole est à Mme Géraldine Bannier, pour soutenir l'amendement n° 261 deuxième rectification.

**Mme Géraldine Bannier.** Il vise à opérer des modifications rédactionnelles de l'article, introduit en commission par voie d'amendement, afin d'assurer un meilleur fonctionnement de l'expérimentation d'antennes de pharmacie délivrant des médicaments dans les zones où l'accès à ces derniers est compromis et l'ouverture d'officines inenvisageable.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 489 rectifié de Mme Stéphanie Rist est défendu.

(*Les amendements identiques n° 261 deuxième rectification et 489 rectifié, acceptés par la commission et le Gouvernement, sont adoptés.*)

(*L'article 2 decies, amendé, est adopté.*)

## Article 2 undecies

**Mme la présidente.** La parole est à M. Freddy Sertin, pour soutenir l'amendement n° 527, faisant l'objet d'un sous-amendement.

**M. Freddy Sertin.** Il a pour objectif de traiter le cas des titulaires d'autorisations qui auraient dû déposer une demande de renouvellement entre l'adoption des schémas

régionaux de santé et la promulgation de la présente proposition de loi. La précision qu'il apporte permettra de combler un vide juridique.

**Mme la présidente.** Le sous-amendement n° 1133 de M. le rapporteur est rédactionnel.

*(Le sous-amendement n° 1133, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

*(L'amendement n° 527, sous-amendé, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)*

**Mme la présidente.** Les amendements n°s 628, 626 et 638 de M. le rapporteur sont rédactionnels.

*(Les amendements n°s 628, 626 et 638, acceptés par le Gouvernement, successivement mis aux voix, sont adoptés.)*

*(L'article 2 undecies, amendé, est adopté.)*

### Article 2 duodecies

**Mme la présidente.** Je suis saisie de six amendements identiques, n°s 1150, 1154, 1158, 1159, 1160 et 1168.

La parole est à Mme Fanta Berete, pour soutenir l'amendement n° 1150.

**Mme Fanta Berete.** Cet amendement est présenté par le groupe Renaissance. De nombreuses raisons peuvent expliquer que 6 millions de Français n'aient pas désigné de médecin traitant. Certaines sont identifiables. Nous savons par exemple que certains assurés rencontrent des difficultés à désigner un nouveau médecin traitant après le départ du précédent. Nous proposons donc de garantir aux patients dont le médecin traitant part en retraite ou change de département le même taux de remboursement que dans le cadre d'un parcours coordonné, pendant un an. Voter cet amendement, c'est soutenir nos concitoyens dans leur quotidien. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RE.)*

**M. Sylvain Maillard.** Eh oui !

**Mme la présidente.** L'amendement n° 1154 de M. le rapporteur est défendu.

La parole est à M. Hadrien Clouet, pour soutenir l'amendement n° 1158.

**M. Hadrien Clouet.** Cet amendement issu du groupe de travail transpartisan vise à mettre fin à la majoration tarifaire appliquée aux personnes n'ayant pas de médecin traitant, qui constitue une sorte de double peine. Un patient ne trouvant pas de médecin traitant accède en effet plus difficilement aux soins et subit en plus une majoration financière lorsqu'il y parvient enfin ! On lui fait ainsi payer le prix de l'inaccessibilité d'un service public défaillant. Un tel constat plaide évidemment pour que l'on mette fin à une cette injustice.

**M. Jocelyn Dessigny.** Dommage que la gauche n'ait jamais été au pouvoir. Quoique... si, en fait !

**Mme la présidente.** Sur les amendements n° 1150 et identiques, je suis saisie par le groupe Renaissance d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Guillaume Garot, pour soutenir l'amendement n° 1159.

**M. Guillaume Garot.** Je me réjouis, au nom du groupe transpartisan, que nous ayons cette discussion dans l'hémicycle. C'est en effet notre groupe de travail qui a introduit ce sujet en commission, après avoir été alerté par nombre de nos concitoyens : lors de notre tour de France des déserts médicaux, la question a été abordée lors de chaque réunion. Il nous était parfois répondu, en fonction des caisses ou des départements, que les médecins avaient l'habitude de cocher la case permettant d'éviter la majoration de tarif. Le constat est cependant très simple : en droit, cette majoration existe. Hadrien Clouet a très justement dénoncé la double peine actuelle : ne pas avoir de médecin et, en plus, être sanctionné pour cela ! On marche sur la tête ! Pour y mettre fin, et pour adresser un signe d'égalité entre les Français, il faut adopter l'amendement que nous proposons. Nous en avons discuté avec le Gouvernement et avec le rapporteur, que je remercie encore, dans une démarche très ouverte et constructive – nous y arrivons parfois ! Soyons clairs et soyons justes : cet amendement ne règlera pas tous les problèmes, en particulier ceux des patients qui ne retrouvent pas de médecin traitant. Mais c'est tout de même un pas en avant, qu'il faut considérer comme tel.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir l'amendement n° 1160.

**M. Philippe Vigier.** Tout est bien qui finit bien ! Je vous remercie, monsieur le ministre, d'avoir été sensible à l'injustice que subissaient ceux qui souffrent, qui ont besoin de soins et dont nos collègues ont bien expliqué qu'ils étaient pénalisés. Notre groupe transpartisan a ouvert le premier ce débat et je suis ravi que nos collègues de Renaissance nous aient rejoints. J'imagine d'ailleurs que ce sera le cas de l'ensemble de nos collègues, et qu'aucun n'aura une vision différente des choses. C'est la preuve que l'intelligence collective permet des avancées sensibles.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus, pour soutenir l'amendement n° 1168.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Je remercie à mon tour le rapporteur et le ministre qui ont en quelque sorte levé le gage, permettant que l'article 40 de la Constitution ne puisse être opposé à ces amendements. J'espère que nous allons effectivement supprimer aujourd'hui cette double peine que constituait la majoration financière pour parcours de soins non coordonné en l'absence de médecin traitant. Nos concitoyens ne la comprenaient plus. Même s'il ne résoudra pas le problème de l'accès aux soins, cet amendement constitue une réelle avancée et permettra de mettre fin à une injustice dans notre système de santé.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Je profite de cette discussion pour rappeler le rôle essentiel du médecin traitant, auquel le Gouvernement est très attaché. Le médecin traitant est en effet le chef d'orchestre de la prise en charge des patients. Grâce aux travaux menés par le groupe transpartisan en lien avec le rapporteur et le Gouvernement, et parce que ce dernier a en quelque sorte levé le gage, nous avons cependant aujourd'hui la possibilité de lutter contre la double peine que vous avez tous évoquée de façon très pertinente. Avis très favorable, bien entendu. *(M. Jérémie Patrier-Leitus applaudit.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** J'ai été surpris que ces amendements n'aient pas été jugés irrecevables au titre de l'article 40. Il vient d'être dit que le Gouvernement avait levé le gage, ce dont je ne peux naturellement que me féliciter, comme vous l'imaginez ! (*Sourires.*) Passons.

Quant à ces amendements, ils constituent évidemment un progrès par rapport à la situation existante. Je vais être un peu rabat-joie, mais Guillaume Garot l'a dit lui-même : en réalité, le compte n'y est pas ! Notre groupe votera ces amendements mais je rappelle que dans la demande de rapport, à l'étape précédente, la question du maintien de la majoration financière d'une façon générale était posée. Parmi les nombreuses personnes concernées par le départ de leur médecin traitant, beaucoup risquent en effet de ne pas pouvoir en retrouver un autre dans le délai d'un an, et d'être finalement pénalisées. Les difficultés d'accès aux soins dans notre pays posent la question de l'opportunité du maintien d'une majoration financière. Pour nous la question n'est pas réglée, même si un progrès notable est réalisé.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Tout en saluant naturellement ces amendements, je voudrais pondérer la satisfaction générale. Calmons-nous ! Nous examinons en effet une proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, et nous allons simplement cesser de pénaliser les patients qui n'ont pas de médecin traitant, en les remboursant à 100 %.

**M. Philippe Vigier.** C'est déjà pas mal.

**M. Yannick Neuder.** Nous nous en félicitons tous, mais nous n'avons en rien amélioré l'offre de soins ! Les patients qui n'ont pas de médecin traitant alors qu'ils en ont besoin sont la plupart du temps des patients en ALD, dont la pathologie figure dans la liste ALD 30 : ils sont donc souvent déjà pris en charge à 100 %. Dans l'idéal, il nous faudrait connaître le nombre de patients porteurs d'une atteinte chronique et dépourvus de médecin traitant qui seront concernés par le dispositif que nous nous apprêtons à voter. Ils sont sans doute très peu nombreux – j'ose néanmoins espérer que ce n'est pas la raison pour laquelle l'article 40 a été écarté. Quoi qu'il en soit, ne faisons pas preuve d'une trop grande satisfaction collective : de nombreuses personnes nous regardent, et l'accès aux soins reste un vrai problème de fond.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Guillaume Garot.

**M. Guillaume Garot.** Comme l'a dit notre collègue Dharréville, c'est un pas un avant – et ce n'est qu'un pas, parmi d'autres possibles. Je ne reviendrai pas sur le débat que nous avons eu hier au sujet de la régulation, mais il y avait là matière à faire un grand pas en avant.

Les amendements mentionnent bien l'année qui suit le départ d'un médecin traitant. Si un patient ne retrouve pas de médecin dans ce délai, il risque de subir de nouveau une majoration. Cela signifie que nous aurons sans doute à rouvrir ce débat au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Sans doute faudra-t-il encore améliorer le dispositif afin de couvrir l'ensemble des personnes qui, malheureusement, peuvent être pénalisées. J'ai bien entendu, monsieur le ministre, que le Gouvernement est attaché au rôle du médecin traitant. Notre groupe l'est aussi, mais il tient à ce que l'on

trouve le moyen de ne pénaliser personne. Il nous faudra avancer sur ce chantier. Quoi qu'il en soit nous avons fait un pas ; tant mieux.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Hadrien Clouet.

**M. Hadrien Clouet.** Comme cela a été rappelé, ces amendements sont discutés ici parce qu'ils ont été rédigés de telle sorte à ne pas créer de nouvelles charges, au regard de l'article 40... mais nous connaissons les usages fluctuants en la matière !

**M. Sylvain Maillard.** De la part du président de la commission des finances !

**M. Hadrien Clouet.** Laissez-moi finir, monsieur Maillard. Évitions le tumulte ! (*Sourires.*) Je voudrais dire deux choses au sujet de ces amendements. D'abord, ils traduisent un raisonnement en flux et non en stock, ce qui facilite les choses sur le plan financier. Ensuite, ils prévoient un sas d'un an au cours duquel le patient peut choisir un nouveau médecin traitant. Dès lors, j'ai deux questions monsieur le ministre. Envisagez-vous d'aller plus loin d'ici le PLFSS, et comment ? Et envisagez-vous de demander, par circulaire par exemple, que les majorations prévues ne soient pas appliquées – ce que font déjà de nombreux départements ?

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Delphine Batho.

**Mme Delphine Batho.** J'ai moi aussi une question à vous poser, monsieur le ministre. Ces amendements constituent certes une avancée, mais le « stock » existe : il y a dans nos territoires des personnes qui n'ont pas de médecin traitant et n'en trouvent pas, mais qui ne sont pas dans l'une des situations mentionnées par les amendements – le départ en retraite de leur médecin ou son installation dans un autre département. Elles n'entrent donc pas dans le périmètre prévu par l'amendement, rédigé de telle sorte qu'il puisse satisfaire aux conditions de l'article 40. Pouvez-vous nous indiquer ce qu'il adviendra de ces personnes ? Elles sont nombreuses, notamment dans le département des Deux-Sèvres.

**Mme la présidente.** Je voudrais apporter une précision s'agissant de l'article 40, dont je rappelle qu'il n'est pas opposable au Gouvernement. Celui-ci a déposé un amendement n° 1145 le 13 juin, hors délai, ce qui a rouvert la possibilité de déposer des amendements. Il l'a ensuite retiré mais, son intention ayant ainsi été précisée, les amendements identiques déposés dans la foulée ont été déclarés recevables.

La parole est à M. le ministre.

**M. François Braun, ministre.** Je me félicite de ce pas en avant que nous faisons ensemble – sans préjuger des autres que nous parviendrons à faire, car il ne s'agit que d'un des éléments du dispositif. Je suis heureux d'avoir rendu cette avancée possible.

S'agissant des patients sans médecin traitant, je rappelle – trop peu de nos concitoyens le savent – que j'ai adressé une instruction aux caisses primaires d'assurance maladie pour que la majoration soit appliquée avec discernement. Que les patients concernés n'hésitent pas à contacter leur caisse primaire d'assurance maladie – CPAM – pour justifier leur situation particulière.

J'en profite pour faire un point – rapide et incomplet, certes – sur la campagne que j'ai lancée et que conduisent les CPAM au sujet des patients en ALD sans médecin traitant, puisque la question a été évoquée. Les premiers

chiffres nous parviendront à la fin du mois mais dans les départements pilotes qui ont appliqué la procédure expérimentale dès le mois de janvier, les CPAM ont pu, en lien avec les communautés professionnelles de territoire de santé – CPTS –, trouver un médecin traitant à un tiers des patients qui n'en avaient pas.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 1150, 1154, 1158, 1159, 1160 et 1168.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	75
Nombre de suffrages exprimés .....	75
Majorité absolue .....	38
Pour l'adoption .....	75
contre .....	0

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 1150, 1154, 1158, 1159, 1160 et 1168 sont adoptés; en conséquence, l'article 2 duodecies est ainsi rédigé et l'amendement n<sup>o</sup> 1076 tombe.)*

### Article 3

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thierry Frappé.

**M. Thierry Frappé.** Nous voici à l'article 3 dont, toujours sous l'angle de la surcharge administrative, je voudrais comprendre l'objectif final. On reste dans le flou, en effet : vous souhaitez que tous les professionnels de santé adhèrent automatiquement aux CPTS. Pourquoi ? Quels sont les critères permettant de ne pas y adhérer ? Ne pensez-vous pas porter atteinte à la liberté d'adhésion ? En Île-de-France, 65 % des professionnels sont couverts par soixante-treize CPTS et ces communautés ne cessent de se développer spontanément. Pourquoi contraindre les professionnels à y adhérer ? Le but serait-il de placer l'ensemble des professionnels de santé sous la férule des directeurs d'ARS afin de restreindre l'exercice libéral en leur imposant un secteur ?

**Mme la présidente.** Je suis saisie de trois amendements identiques, n<sup>os</sup> 342, 521 et 673, tendant à supprimer l'article 3.

La parole est à M. Thibault Bazin, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 342.

**M. Thibault Bazin.** D'après le ministère de la santé et de la prévention, « les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes ». La notion de volontariat est donc centrale dans la constitution de ces communautés, dont l'efficacité et la pertinence varient grandement en fonction des territoires. Dès lors, contraindre les professionnels à adhérer aux CPTS – comme le prévoit cet article et comme vous le souhaitez, monsieur le ministre – constituerait un dévoiement profond de la philosophie sur laquelle reposent ces communautés. De plus, alors que les patients et les professionnels de santé demandent une augmentation du temps médical disponible, l'inscription dans la loi de cette obligation enverrait le signal négatif d'une nouvelle contrainte administrative, d'autant plus qu'il n'existe pas de CPTS partout sur le territoire et qu'on sait qu'elles se

constituent à l'initiative des professionnels ; sans eux, il n'y a pas de CPTS, mais un simple CLS – un contrat local de santé.

Notons d'ailleurs que les professionnels de santé conventionnés sont déjà rattachés à une convention négociée par leurs syndicats représentatifs. Surtout, sur le plan juridique, ils ne peuvent en aucun cas être membres *de facto* d'une association « loi 1901 » telle que la CPTS sans y avoir préalablement consenti.

Telles sont les raisons justifiant cet amendement de suppression de l'article qui, pour nous, est une ligne rouge.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thierry Frappé, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 521.

**M. Thierry Frappé.** Il vise à supprimer l'article 3. Après l'échec de la convention médicale, notamment sur la médecine libérale, il faut constater et critiquer le choix de la régulation, à défaut de la coercition. L'adhésion automatique aux CPTS de tous les professionnels de santé s'inscrit dans le cadre de cette régulation et permet d'encadrer ceux qui exercent une activité libérale.

Tout d'abord, l'adhésion automatique est contraire au libre choix et porte directement atteinte à l'exercice libéral proprement dit. De fait, elle risque de produire l'effet contraire : nombreux sont les professionnels qui seront réticents à adhérer. De surcroît, l'article ne définit pas les éventuels arguments recevables en cas de refus des professionnels de santé et est contraire au principe du libre choix d'adhésion à une association « loi 1901 ».

L'adhésion automatique entraînera forcément la forfaitisation des soins et, à terme, la fin du paiement à l'acte et de la médecine libérale. Elle suppose en outre une cotisation obligatoire qui constituera une charge fixe, même modeste, et qui alourdira la charge de travail des professionnels concernés sans hausse de leur rémunération.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 673.

**M. Pierre Dharréville.** Les CPTS produisent, dans les territoires, des effets intéressants. Deux d'entre elles se développent dans ma circonscription et les professionnels s'y engagent ; les acteurs locaux s'y retrouvent, prennent des initiatives ensemble et aboutissent à des diagnostics communs sur tel et tel enjeu.

Or, sans qu'on comprenne bien pourquoi, vous décidez d'en changer la nature. Là où nous essayons de créer des dynamiques dont les professionnels s'emparent, vous imposez l'automatisme selon une logique un peu bureaucratique. Vous créez l'adhésion obligatoire mais cela n'existe pas : on adhère ou on n'adhère pas, sans obligation.

Je crains au fond que votre dispositif ne produise pas les effets attendus – je ne sais d'ailleurs pas bien en quoi ils consistent – sur le développement des CPTS. Je m'interroge donc profondément sur le fait d'ossifier en quelque sorte le système en rendant l'appartenance à une instance obligatoire. Je souhaite naturellement que le plus grand nombre possible de professionnels de santé adhère aux CPTS mais la mesure d'autorité que vous prenez ne va pas dans la bonne direction.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Les CPTS ont apporté une amélioration tant du point de vue de l'exercice coordonné que de la stratégie territoriale qu'elles permettent d'établir. Rappelons-le : ces structures destinées à la médecine libérale et de ville permettent de dépasser l'exercice isolé du métier pour définir des stratégies partagées fondées sur la coopération. L'objectif est d'accélérer, de passer à une nouvelle étape de la structuration de la médecine de ville afin qu'elle se tourne davantage vers ces stratégies partagées et coopératives. C'est logique : cet objectif est cohérent avec l'article 1<sup>er</sup>, qui vise à faire des CTS le lieu où s'élaborent les stratégies territoriales en matière de santé. C'est logique et nécessaire : à côté de la médecine publique, des collectivités locales, des associations de patients et de tous ceux qui sont représentés dans les CTS, la partie libérale et la médecine de ville doivent elles aussi être représentées dans les CPTS qui, au fond, agrègent tous les professionnels, y compris libéraux, d'un territoire.

Là où les CPTS fonctionnent, comme dans mon territoire, elles regroupent tout au plus 20 à 30 % des professionnels locaux, ce qui est déjà beaucoup pour des structures aussi jeunes. Pour qu'elles soient représentatives et que les stratégies de territoire soient partagées par le plus grand nombre, nous devons franchir un nouveau pas dans l'émergence des CPTS.

Quant à l'obligation d'adhésion, il n'y en a pas. En effet, les professionnels pourront être réputés membres des CPTS du territoire où ils exercent, même s'il leur faudra faire la démarche d'adhésion et, surtout, s'ils pourront signifier qu'ils ne sont pas intéressés, préférant poursuivre un exercice isolé – même si l'on sait bien que ceux-là seront de plus en plus minoritaires parmi les professionnels de santé.

Tel est le sens de cet article volontariste qui vise à faire en sorte que les professionnels libéraux soient eux aussi représentés, au sein des CPTS, afin de faire entendre leurs voix dans l'établissement des stratégies territoriales de santé dont nous souhaitons le développement.

Avis évidemment défavorable aux amendements de suppression – ce qui ne m'empêchera pas, monsieur Dharréville, de saisir l'occasion pour vous souhaiter un bon anniversaire ! (*Applaudissements sur divers bancs.*)

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée de l'organisation territoriale et des professions de santé, pour donner l'avis du Gouvernement.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé.** M. le rapporteur m'a devancée de peu mais qu'importe : joyeux anniversaire à nouveau, monsieur Dharréville.

Le Gouvernement est défavorable aux amendements de suppression. Comme bon nombre d'entre vous l'ont souligné, les CPTS sont des outils concrets destinés à la coordination entre professionnels, des outils efficaces et reconnus qui permettent de développer des projets collaboratifs et d'améliorer l'organisation des soins de proximité. Pendant la crise sanitaire, les CPTS ont été à l'œuvre pour accompagner les projets de centre de vaccination.

Nous avons lancé un tour de France des CPTS pour constater les raisons qui font que certaines fonctionnent et pour accompagner celles qui fonctionnent moins bien. Le Président de la République nous a fixé l'objectif de 100 % de CPTS à la fin 2023. Je le répète : les CPTS sont des moyens

utiles pour que les professionnels travaillent ensemble et apprennent à se connaître. Des professionnels mieux organisés, ce sont des patients mieux pris en charge.

Comme l'a souligné le rapporteur, les CPTS doivent rester souples et dédiées aux professionnels. Ce sont des associations « loi 1901 » qui sont à l'initiative des professionnels. Le projet de santé est élaboré par ceux qui connaissent le territoire et le font vivre.

L'article 3 ne remet aucunement en cause ces principes forts. Chaque professionnel libéral s'intègre dans la communauté des soignants de son territoire, sauf s'il fait part d'une volonté contraire. D'abord, il pourra refuser d'adhérer à la CPTS – les modalités de refus seront fixées par décret. Ensuite adhérer à la CPTS ne signifie pas un changement de mode d'exercice : la participation aux actions de la CPTS reste volontaire et chaque membre d'une association peut choisir les modalités de sa participation. Autrement dit, chacun restera libre dans son exercice professionnel.

Dans le contexte de démographie médicale en grande tension que nous connaissons, l'objectif est bien de grossir les rangs des CPTS afin de susciter l'intérêt des professionnels et de leur faire découvrir l'attrait du dispositif. L'impact des CPTS sera d'autant plus fort que le nombre des professionnels y participant sera élevé. À terme, ce sont bien les patients qui y gagneront, mais aussi les professionnels dans l'exercice de leur métier.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean-François Rousset.

**M. Jean-François Rousset.** Tout changement suscite des résistances – 40 % des Français y seraient rétifs – et les médecins n'échappent pas à cette règle. Toutefois, j'ai pu voir sur le terrain des professionnels d'abord réticents se tourner vers des CPTS attractives. Et je suis persuadé que ceux qui auront dans un premier temps été rebutés par le caractère automatique de l'adhésion vont courir au bout de quelques semaines ou quelques mois vers ces structures tant les avantages qu'elles offrent sont grands. Je pense au travail en commun, particulièrement recherché par les jeunes praticiens pour réaliser leurs projets professionnels. Je suis donc contre la suppression de cet article.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Chantal Jourdan.

**Mme Chantal Jourdan.** Nous y sommes également opposés. Les CPTS constituent à nos yeux d'intéressants outils d'avenir pour l'exercice libéral. Elles favorisent le travail en coopération dans une logique pluridisciplinaire. Elles offrent la possibilité aux professionnels de parler ensemble des responsabilités qu'ils seront appelés à endosser dans le cadre de l'accès direct, désormais étendu aux infirmiers en pratique avancée (IPA) et aux kinés, et de réfléchir à une coordination de leurs pratiques.

Soulignons toutefois que la participation aux CPTS prend du temps. Or, il est difficile aux professionnels de santé, qui sont débordés, d'en trouver. Il faut leur permettre d'en libérer et trouver des moyens d'alimenter la dynamique de ces communautés par des animations.

Nous venons d'évoquer les effets de la pénurie des professionnels de santé à travers la majoration qu'ont à subir les patients dépourvus de médecins traitants. Si ces derniers ont un rôle important, c'est aussi parce qu'ils sont appelés à être des acteurs de la pluridisciplinarité et à coordonner les parcours des patients.

**M. Sylvain Maillard.** Elle a raison !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Il faut faire preuve de prudence à l'égard des CPTS. Si certaines fonctionnent très bien parce qu'elles sont nées d'une volonté commune des acteurs de terrain de travailler ensemble, d'autres fonctionnent moins bien ou n'ont d'existence que sur le papier.

Je suis donc moins enthousiaste que vous, madame la ministre déléguée. Vous avez cité le rôle joué par les CPTS dans la vaccination, mais il y a des endroits où elle s'est parfaitement déroulée, notamment dans des vaccinodromes, grâce à l'implication des collectivités locales et des praticiens libéraux et sans que les CPTS y soient forcément pour quelque chose.

Je ne voudrais pas que le remède soit pire que le mal. Le moment serait particulièrement mal choisi pour obliger nos professionnels de santé à adhérer à ces structures alors qu'ils ne sont pas en nombre suffisant et qu'ils n'obtiennent pas les revalorisations d'actes qu'ils réclament. Ils doivent comprendre par eux-mêmes l'intérêt qu'ils ont à se coordonner, et cela viendra progressivement. À cet égard, le parallèle qu'a fait notre rapporteur avec les intercommunalités, dont la constitution a pris du temps, me paraît juste.

Je crains que cet article ne braque nos professionnels de santé. Il faut qu'ils éprouvent eux-mêmes le besoin de rejoindre ces structures. Mieux vaut les inciter à travailler ensemble et à s'installer dans les territoires que les inscrire d'office.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Stéphanie Rist.

**Mme Stéphanie Rist.** La participation aux CPTS n'a rien d'obligatoire, monsieur Neuder, puisque chaque médecin pourra choisir de ne pas y adhérer s'il ne le souhaite pas.

Cet article envoie avant tout un message politique. Nous souhaitons inciter le plus grand nombre possible de médecins à rejoindre les CPTS qui présentent un double avantage : d'une part, elles renforcent leur qualité de vie au travail parce qu'elles leur permettent d'être en contact avec davantage de professionnels de santé ; d'autre part, elles contribuent à une meilleure prise en charge des patients grâce à une coordination accrue.

Pour finir, madame la ministre déléguée, je tiens à souligner que, selon certaines informations remontées du terrain, la gestion de ces communautés serait de plus en plus administrative – mais je vous sais attentive à cet aspect.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thierry Frappé.

**M. Thierry Frappé.** Je ne mets pas en question la logique même des CPTS. Simplement, leur fonctionnement est chronophage et les médecins, surtout les généralistes, ne disposent pas de beaucoup de temps. Alourdir leur charge de travail est risqué. Cela pourrait conduire à les braquer. C'est sur le fait que l'adhésion soit automatique que j'ai des doutes. Mieux vaudrait la laisser libre comme c'était le cas jusqu'à présent. *(Mme Béatrice Roullaud applaudit.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** Ces CPTS ne paraissent pas être l'affaire du siècle. On peut douter des effets qu'elles auront, dans un sens comme dans l'autre.

En outre, il est difficile de discerner dans vos propos si l'adhésion à ces communautés est obligatoire ou pas. Si je comprends bien, elle a un caractère systématique qui ne me paraît pas correspondre à la nature originelle de ces communautés. S'il s'agit d'inciter les professionnels de santé à s'emparer ensemble d'enjeux, quelle logique y aurait-il à promouvoir une adhésion par défaut ? Cela paraît bizarre.

Vous avez évoqué la nécessité d'une représentativité, monsieur le rapporteur, et il y a là quelque chose qui m'échappe. La représentativité prend d'autres formes pour les professions de santé et je ne vois pas en quoi les CPTS devraient remplir ce rôle. Cela risque d'introduire des enjeux de pouvoir, ce qui ne me semble pas utile.

Au-delà des doutes que je viens d'exprimer, j'insiste sur la nécessité de dégager des moyens pour ces structures. D'après les retours que j'ai, elles sont entravées dans leur développement parce que les professionnels manquent de temps pour s'organiser entre eux. Mais si vous n'avez pas suivi cette piste, c'est peut-être que vous en avez été empêché par l'article 40 – peut-être aurait-il fallu, pour cela aussi, que le Gouvernement dépose un amendement avant de le retirer ?

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Stéphanie Rist l'a dit mieux que moi, à travers cet article, nous voulons adresser un signal politique aux professionnels de santé libéraux. La coopération doit devenir la règle, ce qu'elle est déjà dans une large mesure dans les faits, tandis que l'exercice individuel est appelé à se marginaliser, voire à disparaître. Le partage autour de stratégies territoriales a toute son importance.

S'agissant de la représentativité, soyons clairs : il ne faut pas l'entendre au sens syndical du terme. Cela renvoie au fait que les CPTS représenteront la partie libérale de l'offre de soins dans les conseils territoriaux de santé, examinés à l'article 1<sup>er</sup>. Si nous voulons que les acteurs du territoire participent aux stratégies qui seront définies en leur sein, il faut que l'enracinement local des communautés professionnelles soit profond. Bien sûr, il y aura toujours des leaders qui porteront les projets et des professionnels qui seront plus en retrait, parce qu'ils manquent de temps, sont moins intéressés ou ne se sentent pas partie prenante. Nous pouvons toutefois imaginer que, par capillarité, cette dynamique collective fédérera de plus en plus d'acteurs. Il ne s'agit pas de demander à tous la même implication ni d'obliger quiconque à participer.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre déléguée.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Nous sommes convaincus que ces CPTS sont l'outil adéquat pour permettre à tous les professionnels de la médecine de ville d'apprendre à travailler ensemble, à se coordonner au bénéfice du patient et de sa prise en charge, mais aussi de leur propre exercice. Le tour de France des CPTS que nous avons lancé a pour but de nous aider à comprendre pourquoi, dans certains territoires, elles ne se développent pas ou ne fonctionnent pas et à déterminer comment introduire de la souplesse dans leur fonctionnement afin de diminuer leurs charges administratives.

Rappelons que ces communautés professionnelles accompagnent la CPAM dans la recherche des médecins traitants pour les patients ne souffrant pas d'une ALD. Elles développent en outre des initiatives locales. Je citerai l'une des CPTS de Lozère, département dans lequel je me

suis rendue il y a quelques jours, qui a élaboré un projet de bus de santé, similaire au dispositif des medicobus déployé dans le cadre du plan France ruralités présenté aujourd'hui même par Mme la Première ministre.

Les CPTS ne constituent pas un frein, mais au contraire une aide pour l'exercice professionnel. Elles s'investissent ainsi beaucoup dans la télé-expertise qui offre aux généralistes la possibilité de consulter à distance un réseau de spécialistes.

Pour ce qui est des moyens, monsieur Dharréville, sachez que 105 millions d'euros leur sont consacrés par les CPAM et 7 millions par le fonds d'intervention régional. Ce financement sert en outre à rémunérer les coordonnateurs qui, au sein de chaque communauté, s'occupent de la partie administrative.

Les CPTS constituent l'un des moyens de lutter contre les déserts médicaux. C'est la raison pour laquelle nous insistons sur leur développement, auquel va contribuer cette proposition de loi.

**Mme la présidente.** J'ai été saisie, pendant que vous débattiez des amendements n<sup>os</sup> 342, 521 et 673, d'une demande de scrutin public s'y rapportant par le groupe Rassemblement national. Je pense que chaque orateur qui le souhaitait a pu s'exprimer et, si vous en êtes d'accord, nous allons procéder au scrutin sans attendre les cinq minutes qu'impose le règlement. (*Murmures d'approbation sur divers bancs.*)

Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 342, 521 et 673.

(*Il est procédé au scrutin.*)

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	48
Nombre de suffrages exprimés .....	48
Majorité absolue .....	25
Pour l'adoption .....	16
contre .....	32

(*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 342, 521 et 673 ne sont pas adoptés.*)

**Mme la présidente.** Je suis saisie de deux amendements, n<sup>os</sup> 340 et 43, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Yannick Neuder, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 340.

**M. Yannick Neuder.** Il s'agit d'un amendement de repli. L'adhésion à une communauté professionnelle territoriale de santé doit relever d'un acte volontaire. Vous considérez, madame la ministre déléguée, que les CPTS ont pour objectif d'apprendre aux professionnels de santé à travailler ensemble. Toutefois, ce discours est très infantilisant vis-à-vis des acteurs de santé (*Exclamations sur les bancs du groupe RE*) et nous devons rester attentifs aux termes que nous employons. Ils n'ont pas attendu qu'une ministre déléguée leur dise comment travailler ensemble : ils ont su le faire, notamment dans le cadre des centres de vaccination que vous avez évoqués. (*Mêmes mouvements.*)

**Mme la présidente.** L'amendement n<sup>o</sup> 43 de M. Yannick Neuder est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Avis défavorable également. En tant que professionnelle de santé, je suis moi-même, monsieur Neuder, membre d'une CPTS et je sais de quoi je parle. (*M. Hadrien Clouet s'exclame.*) Les différents acteurs de santé n'ont pas l'habitude de travailler ensemble. À cet égard, la crise sanitaire a été un vrai accélérateur, parce qu'ils ont dû apporter des réponses, ensemble, afin de prendre en charge les patients.

**Mme Béatrice Roullaud.** Ensemble !

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Les CPTS permettent donc d'apprendre aux professionnels à se connaître – dans un même territoire, ce n'est pas toujours le cas. Il s'agit donc d'un endroit où ils apprennent à se connaître collectivement, j'y insiste, et à découvrir les dispositifs présents sur le territoire, qu'ils ne connaissent pas toujours non plus. Ils le reconnaissent eux-mêmes et cela n'a rien d'infantilisant. C'est donc un vrai bel outil, grâce auquel la prise en charge en exercice coordonné peut se développer.

(*Les amendements n<sup>os</sup> 340 et 43, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.*)

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Angélique Ranc, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 716.

**Mme Angélique Ranc.** L'adhésion de fait à la CPTS est délicate parce qu'elle va à l'encontre du principe de libre choix et porte directement atteinte à l'exercice libéral proprement dit. Elle risque de susciter une réticence au sein des professionnels, d'autant que l'article ne définit pas les arguments qui seront recevables en cas de refus des professionnels de santé d'y adhérer. Il conviendrait, au moins, de ne pas encadrer l'opposition à cette adhésion, afin de laisser une liberté suffisante aux acteurs de santé. C'est pourquoi cet amendement vise à supprimer la nécessité de conditions en cas de refus. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RN.*)

(*L'amendement n<sup>o</sup> 716, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** Je vous informe que sur l'amendement n<sup>o</sup> 1019 rectifié, je suis saisie par le groupe Renaissance d'une demande de scrutin public.

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

L'amendement n<sup>o</sup> 341 de M. Thibault Bazin est défendu.

(*L'amendement n<sup>o</sup> 341, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Didier Martin, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 518, qui fait l'objet d'un sous-amendement n<sup>o</sup> 1179 de M. le rapporteur.

**M. Didier Martin.** Il s'agit d'un amendement de précision, qui a été reformulé après nos travaux en commission. De la même façon qu'un professionnel de santé n'est pas contraint d'adhérer à une CPTS lorsqu'il exerce dans le périmètre géographique dont elle relève, il doit pouvoir, lorsqu'il y a adhéré, s'en retirer à tout moment.



**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir le sous-amendement n° 1179.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Il s'agit d'un sous-amendement rédactionnel.

**Mme la présidente.** Pouvez-vous donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 518 ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Je remercie M. le député Martin d'avoir déposé un amendement tenant compte des discussions que nous avons eues en commission. Je suis favorable à cet amendement, sous réserve d'une légère modification. Il permettra de rassurer ceux qui doivent l'être, en réaffirmant qu'il est possible de quitter une CPTS à tout moment : il n'y a pas d'enfermement dans des mécaniques administratives ou bureaucratiques infernales, mais au contraire une adhésion à une dynamique de territoire.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Avis favorable du Gouvernement à l'amendement, sous réserve de l'adoption du sous-amendement de M. le rapporteur. Aucun professionnel, monsieur Martin, ne sera contraint d'adhérer. D'ailleurs, les formalités d'accompagnement et les garanties seront déclinées par voie réglementaire. Les CPTS sont constituées en associations régies par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, qui dispose que « tout membre d'une association peut s'en retirer en tout temps ». Dès lors, l'objectif poursuivi par votre amendement va dans le bon sens.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Mathilde Hignet.

**Mme Mathilde Hignet.** Nous soutenons cet amendement. Une CPTS étant une association, les professionnels doivent savoir qu'ils ont la possibilité d'en sortir. Toutefois, pour que cela fonctionne, il faudrait déjà que les professionnels de santé adhèrent aux CPTS.

*(Le sous-amendement n° 1179 est adopté.)*

*(L'amendement n° 518, sous-amendé, est adopté.)*

*(L'article 3, amendé, est adopté.)*

### Après l'article 3

**Mme la présidente.** Je suis saisie de quatre amendements, n°s 113, 1019 rectifié, 1045 et 1081, portant article additionnel après l'article 3, et pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 113 de M. Yannick Neuder est défendu.

La parole est à M. Bastien Marchive, pour soutenir l'amendement n° 1019 rectifié.

**M. Bastien Marchive.** Si nous voulons promouvoir l'accès aux soins pour tous et partout, nous ne devons pas oublier les seniors, notamment ceux qui résident en Ehpad. Compte tenu du développement important de ce type de structures ces dernières années, nous aurons tous à les connaître un jour ou l'autre.

Le présent amendement est le fruit d'échanges que j'ai eus dans des Ehpad de ma circonscription. Plusieurs témoignages m'ont en effet alerté sur le fait que bon nombre de résidents n'ont pas accès aux soins, en raison d'une situation

paradoxe : ils disposent bien d'un médecin traitant, mais celui-ci ne se déplace plus et le médecin coordonnateur présent dans les Ehpad n'a pas la possibilité de leur prescrire les médicaments dont ils auraient besoin.

Ce paradoxe a été abordé en commission des affaires sociales, dans le cadre de l'examen de la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France, et un amendement a d'ailleurs été adopté visant à renforcer le rôle du médecin coordonnateur. Il ne s'agit pas de mettre les deux propositions de loi en concurrence, étant donné l'importance des deux textes. Néanmoins, compte tenu de l'urgence de la situation, j'ai souhaité déposer un amendement en ce sens dans le texte qui nous occupe aujourd'hui.

**Mme la présidente.** Je vous informe que sur les amendements n°s 1045 et 1081, je suis saisie par le groupe Horizons et apparentés d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus, pour soutenir l'amendement n° 1045.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Il vient en appui du travail de notre collègue Marchive qui, dans le cadre de la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France, a défendu cette disposition. Celle-ci rejoint les conclusions des travaux du groupe Horizons auprès des maires, qui ont souhaité nous alerter sur cette situation qui pénalise non seulement les résidents en Ehpad, souffrant d'un manque d'accès aux soins, mais aussi les médecins de ville qui sont accaparés par les patients des Ehpad et dont la tâche est ainsi fortement alourdie – je le constate dans les petites communes rurales de ma circonscription.

Permettre au médecin coordonnateur des Ehpad de devenir le médecin traitant des résidents, c'est permettre aux médecins de ville de s'occuper de leur patientèle et leur redonner du temps médical ; tel est bien l'objectif de la présente proposition de loi. C'est pourquoi j'espère que nos amendements seront adoptés. Il n'est pas question de concurrencer la proposition de loi « bien vieillir », mais il y a urgence à agir pour lutter contre les déserts médicaux et nous en avons ici l'occasion. J'en profite pour remercier notre collègue Marchive d'avoir accepté de reprendre cet amendement dans le présent texte.

**Mme la présidente.** Je vous laisse la parole, pour soutenir l'amendement n° 1081.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** J'avais déposé cet amendement dans le cadre de l'examen de la proposition de loi « bien vieillir ». Il apporte une modulation pour les zones sous-dotées, c'est-à-dire les déserts médicaux, et prévoit que le médecin coordonnateur soit, par défaut, le médecin traitant des résidents des Ehpad.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission sur ces amendements en discussion commune ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Ces amendements visent à faire du médecin coordonnateur en Ehpad le médecin traitant des résidents. Cette question importante a été abordée, par voie d'amendements, dans le cadre de l'examen de la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France. Il est notamment

prévu un élargissement substantiel du pouvoir de prescription du médecin coordonnateur et la possibilité pour les résidents de le désigner comme médecin traitant.

Sur le principe, ce sujet trouverait davantage sa place dans la proposition de loi « bien vieillir », dont nos collègues Annie Vidal et Laurence Cristol sont les rapporteuses.

**M. Maxime Minot.** Il faut l'inscrire dans la loi !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Néanmoins, mieux vaut deux fois qu'une, comme on dit.

**M. Maxime Minot.** Exactement !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Il faudra simplement veiller, dans le cadre des lectures de chacune des propositions de loi au fil de la navette, à ajuster les textes, de manière à ne pas promulguer deux fois la même disposition.

Pour en revenir aux amendements soumis à une discussion commune, je vous invite, compte tenu de leur rédaction respective, à retirer les amendements n<sup>os</sup> 1045 et 1081 au profit de l'amendement n<sup>o</sup> 1019 rectifié, sur lequel j'émetts un avis favorable, puisqu'il permet que les deux premiers soient satisfaits – il reprend en effet le même contenu dans son deuxième alinéa. Avis défavorable sur l'amendement n<sup>o</sup> 113.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Avis défavorable sur l'amendement n<sup>o</sup> 113 ; demande de retrait des amendements n<sup>os</sup> 1045 et 1081, et avis favorable à l'amendement n<sup>o</sup> 1019 rectifié, dont la rédaction est la plus complète et la plus aboutie.

Je suis, comme vous, favorable à cette mesure qui accroît la réponse aux besoins de santé par l'accès à un médecin traitant. Faire du médecin coordonnateur le médecin traitant des résidents qui le souhaitent est une décision importante, même si nous avons tous conscience qu'elle a déjà été débattue dans le cadre de la proposition de loi « bien vieillir ». Il nous faut néanmoins avancer sur le sujet.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Chantal Jourdan.

**Mme Chantal Jourdan.** Nous sommes favorables aux dispositions visant à élargir la possibilité de prescription du médecin coordonnateur. Cependant, si nous en sommes arrivés à cette situation, c'est parce que nous manquons de professionnels de santé. Par conséquent, prenons garde à ne pas détricoter l'ensemble du système de soins qui garantit une bonne coordination et veillons à donner à chacun des missions précises ; celles-ci avaient précisément pour but de fluidifier le fonctionnement et de mieux répondre aux besoins de santé. En l'occurrence, le médecin coordonnateur assure dans les Ehpad une fonction particulière auprès des équipes et auprès du chef d'établissement, différente de celle de la prescription. Cette mission doit être préservée, car elle a du sens. Toutefois, devant l'urgence, il faut trouver des solutions. C'est pourquoi nous sommes favorables à ces amendements.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Je suis surpris que vous soyez défavorable à l'amendement n<sup>o</sup> 113, alors qu'il reprend les discussions que nous avons eues dans le cadre du PLFSS et de la commission des affaires sociales. J'avais expliqué à cette occasion que le sujet relevait de la bientraitance – rappelons

d'ailleurs que la proposition de loi « bien vieillir » est en cours d'examen par le Parlement. Il est de bon sens d'accorder le statut de médecin traitant prescripteur au médecin coordonnateur en Ehpad.

**M. Maxime Minot.** Eh oui !

**M. Yannick Neuder.** Si vous avez déposé un sous-amendement à l'amendement n<sup>o</sup> 518, c'est pour ne surtout pas avoir à adopter le mien : vos motifs sont purement politiques.

Pour restaurer la confiance dans les territoires, encore faut-il la restaurer parmi les parlementaires ! Vous ne pouvez pas nous enjoindre constamment de travailler ensemble et rejeter par principe les amendements de bon sens qui ne sont pas déposés par votre groupe. Vous allez jusqu'à sous-amender l'amendement d'un de vos collègues pour m'inviter à retirer le mien ! Je déplore cette petite politique politicienne.

**M. Maxime Minot.** Eh oui !

**M. Jocelyn Dessigny.** Ça sent le vécu !

**M. Yannick Neuder.** Vous ne sortirez pas grandie de souscrire à ces manœuvres, madame la ministre déléguée. En tant que pharmacienne, je pensais que vous nous dispenseriez une dose de bon sens. Je vous entends soupirer : peu m'importe ! J'ajoute qu'un scrutin public m'a été refusé au motif que je l'avais demandé trop tard. Ce n'est pas ainsi que vous conforterez vos majorités à l'Assemblée nationale, madame la ministre déléguée ! (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LR.*)

Cela va mal partir, je préfère vous prévenir ! (*Exclamations sur les bancs du groupe RE.*)

**M. Charles Sitzenstuhl.** Pas de menaces !

**M. Yannick Neuder.** Elle n'était pas là jusqu'à présent, et cela se passait bien !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Nicolas Sansu.

**M. Nicolas Sansu.** Le groupe Gauche démocrate et républicain soutient ces amendements, à une nuance près, que Chantal Jourdan a évoquée : le médecin coordonnateur a certes d'autres fonctions que celle de prescrire, mais nous manquons surtout cruellement de médecins coordonnateurs – c'est le cas dans de nombreux Ehpad de mon département. Il est bien beau de permettre au médecin coordonnateur de prescrire lorsqu'il n'y a pas de médecin traitant, mais en réalité, la situation est bien pire : nombre d'Ehpad ne sont pas dotés d'un médecin coordonnateur. (« *Eh oui !* » sur les bancs du groupe LR.) Il faut absolument y remédier : ce doit être une priorité – c'est d'ailleurs la première chose que nous faisons dans mon territoire. Nous voterons donc ces amendements, bien qu'ils ne répondent que partiellement au problème.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Delphine Batho.

**Mme Delphine Batho.** Les députés du groupe Écologiste-NUPES voteront l'amendement de mon collègue des Deux-Sèvres, Bastien Marchive. Comme l'ont expliqué les intervenants précédents, nous devons nous appuyer sur les médecins coordonnateurs et leur donner le statut de médecin traitant, mais nous avons surtout besoin de médecins coordonnateurs supplémentaires dans les Ehpad.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Loin de nous toute tentative de politique politicienne, monsieur Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Allons !

**M. Jocelyn Dessigny.** Ce n'est pas le genre de la maison !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Nous nous sommes contents de reprendre l'amendement qui avait été adopté dans la proposition de loi « bien vieillir » : nous devons en effet faire converger les textes. Notez que j'ai émis un avis défavorable sur les amendements d'un collègue de mon groupe. Par souci de cohérence entre les textes, je préfère donner un avis favorable à l'amendement n° 1019 rectifié, ce qui n'enlève rien à la qualité de votre amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Nous devons faire perdurer le climat apaisé dans lequel nous travaillons depuis quelques semaines.

**M. Yannick Neuder.** Eh oui !

**M. Philippe Vigier.** Un sujet aussi important que l'accès aux soins mérite que nous avançons ensemble avec humilité, de façon calme et déterminée. Mme Batho a raison, mais je connais un Ehpad où le médecin coordonnateur est présent un jour et demi par semaine : chaque situation est donc particulière, et je vous invite tous à la prudence. Je voterai sans hésitation l'amendement de M. Marchive, mais, je le répète, nous avons surtout besoin de davantage de professionnels de santé.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre déléguée.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Nous partageons tous le même objectif, dont témoignent vos amendements : permettre au médecin coordonnateur en Ehpad, quand il existe, de devenir médecin traitant.

**M. Nicolas Sansu.** Eh oui, « quand il existe » !

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Nous souhaitons que cette mesure entre en vigueur dès que possible. Un amendement identique au n° 1119 rectifié avait été déposé en ce sens dans le cadre de la proposition de loi « bien vieillir ». Il permettra une mise en application assez rapide. Ce n'est pas le cas des autres amendements, qui visent certes la même finalité, mais qui sont plus complexes et moins opérationnels.

**M. Nicolas Sansu.** On est en train de proposer aux infirmières d'être coordonnatrices !

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Je suis donc favorable à l'amendement n° 1119 rectifié, mais je suis défavorable aux amendements n°s 113, 1045 et 1081, même si j'ai conscience que tous partagent le même objectif – auquel nous souscrivons collectivement.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Je retire l'amendement n° 1045.  
(L'amendement n° 1045 est retiré.)

(L'amendement n° 113 n'est pas adopté.)

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 1019 rectifié.

(Il est procédé au scrutin.)

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	66
Nombre de suffrages exprimés .....	66
Majorité absolue .....	34
Pour l'adoption .....	66
contre .....	0

(L'amendement n° 1019 rectifié est adopté. En conséquence, l'amendement n° 1081 tombe.) (M. Philippe Vigier applaudit.)

### Suspension et reprise de la séance

**Mme la présidente.** La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-sept heures cinq, est reprise à dix-sept heures vingt.)

**Mme la présidente.** La séance est reprise.

La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus, pour soutenir les amendements n°s 1036 et 1035, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Ils sont retirés.

(Les amendements n°s 1036 et 1035 sont retirés.)

**Mme la présidente.** Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 136 et 591.

La parole est à M. Yannick Neuder, pour soutenir l'amendement n° 136.

**M. Yannick Neuder.** Cet amendement repose sur l'idée que nous devons travailler tous ensemble. Il vise donc, pour favoriser les discussions entre l'ensemble des acteurs au sein d'un même territoire, à associer les élus locaux aux actions menées par les CPTS, en lien notamment avec la CPAM. Les élus peuvent en effet adapter leur projet politique de territoire en fonction de ces différentes actions.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Katiana Levavasseur, pour soutenir l'amendement n° 591.

**Mme Katiana Levavasseur.** Il vise à rendre les élus locaux signataires des conventions conclues entre les communautés professionnelles territoriales de santé, l'agence régionale de santé et la caisse primaire d'assurance maladie portant sur l'amélioration de l'accès aux soins, l'organisation de parcours de soins, le développement d'actions territoriales de prévention, le développement de la qualité et de la pertinence des soins, l'accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire et la participation à la réponse aux crises sanitaires.

Il est important d'associer à de tels objectifs les élus dont le territoire est concerné afin que les synergies soient renforcées grâce à la mobilisation de l'ensemble des compétences et prérogatives communales, intercommunales et métropolitaines – logement, mobilité, action sociale, prévention, petite enfance ou encore éducation.

Sans imposer aux CPTS d'aligner leur périmètre sur celui des contrats locaux de santé, cet amendement accroît la cohérence territoriale par l'association systématique des élus à l'action stratégique des CPTS.

Cet amendement a été travaillé avec l'association France urbaine. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN.*)

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Je ne suis pas sûr qu'en imposant la signature des élus des collectivités locales, on aille dans le sens de la simplification.

Votre intention est bonne. Elle correspond à la démarche qui est la nôtre avec cette proposition de loi, à savoir la volonté de favoriser le dialogue entre tous les acteurs de terrain. Mais celui-ci pourra déjà avoir lieu dans le cadre des contrats territoriaux de santé.

Dans vos amendements, vous faites référence à une convention de financement des actions des CPTS, structures dont les collectivités ne sont pas forcément partie prenante. Dès lors, il est selon moi délicat d'inscrire et de figer dans la loi une mesure prévoyant une cosignature des collectivités locales. Comme cela a été dit il y a quelques instants, les CPTS doivent rester à la main de la médecine libérale et leur convention doit les lier uniquement à leurs financeurs.

Demande de retrait et, à défaut, avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Comme vient de l'expliquer M. le rapporteur, ces amendements se réfèrent à une convention de financement entre la CPAM et la CPTS, laquelle est bien un lieu d'échanges entre les professionnels de santé libéraux.

Nous rejoignons cependant votre objectif. Oui, il faut que les collectivités territoriales et les professionnels de santé puissent échanger. Ce dialogue est permis dans le cadre des CTS, dont les missions sont définies à l'article 1<sup>er</sup>, précédemment adopté.

Demande de retrait et, à défaut, avis défavorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Comme cela a été très bien dit par M. le rapporteur, j'invite mes collègues à ne pas introduire de la complexité administrative là où c'est inutile. J'ai d'ailleurs entendu M. Frappé dire à propos de différents sujets que l'on risquait de faire fausse route en prenant des mesures trop techniques ou trop compliquées sur le plan administratif. La CPTS est une assemblée de professionnels de santé, point.

Je me range donc à l'avis de Mme la ministre déléguée et de M. le rapporteur.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Très bien !

(*Les amendements identiques n° 136 et 591 ne sont pas adoptés.*)

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre déléguée, pour soutenir les amendements n° 946 et 947, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Lundi, dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux, nous avons annoncé un plan visant à atteindre les 4 000 maisons de santé

pluriprofessionnelles. Les MSP constituent en effet l'un des moyens de remédier aux déserts médicaux et de répondre aux besoins de santé de nos concitoyens, mais aussi de développer, entre professionnels, une pratique pluriprofessionnelle.

Le plan vise également à soutenir les maisons de santé pluriprofessionnelles déjà existantes et confrontées, dans certains territoires, à des départs de médecins. Or on sait que la réglementation impose la présence d'au moins deux médecins dans ces structures.

Par l'amendement n° 946, nous souhaitons étendre de six mois à trois ans la période pendant laquelle la MSP peut continuer de fonctionner avec un seul médecin afin de laisser le temps de trouver un deuxième médecin, ce qui éviterait d'aggraver la situation de désert médical sur le territoire concerné.

L'amendement n° 947 vise à renforcer la sécurité juridique des maisons de santé pluriprofessionnelles en limitant la responsabilité des associés de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires – la Sisa –, sur laquelle repose la structure du point de vue juridique, au montant de leur apport dans la société.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Favorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Nicolas Sansu.

**M. Nicolas Sansu.** L'idée de pérenniser l'existence et l'activité d'une MSP qui compte un seul médecin, en étendant à trois ans le délai avant dissolution, peut évidemment sembler séduisante.

Cependant, il y a là quelque chose de très contradictoire. En effet, vous annoncez l'augmentation du nombre de MSP, qui passerait de 2 250 actuellement à 4 000, tout en disant qu'il faut faire attention, car de nombreuses MSP vont disparaître.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Ce n'est pas ce que j'ai dit !

**M. Nicolas Sansu.** En réalité, sur les territoires que je connais, on observe deux mouvements contradictoires. D'un côté, des élus locaux se battent pour créer des MSP, autrement dit des bâtiments payés par l'argent public – incluant des financements issus du contrat de plan État-région ou provenant des départements, des communes ou des communautés de communes. De l'autre, on ne trouve pas de médecin pour travailler au sein de ces structures. On se retrouve donc parfois avec des coquilles vides.

Pour y remédier, il faut bien sûr d'abord faire de la régulation – nous y reviendrons, car je crois que, sur cette question, la bataille culturelle est gagnée. Cependant, d'autres solutions existent. On pourrait ainsi permettre aux praticiens à diplôme hors Union européenne, les Padhue, d'intégrer les MSP, au moins pour que celles-ci fonctionnent correctement.

Actuellement, nous assistons à une concurrence entre élus, qui considèrent que s'ils n'obtiennent pas leur MSP, il n'y aura plus jamais de médecin sur leur territoire. D'ailleurs, les MSP ne se présentent pas forcément sous la forme de Sisa : les investissements peuvent aussi être apportés de façon directe par les collectivités.

Madame la ministre déléguée, nous voterons évidemment pour votre amendement. Toutefois, j'y vois un symbole de l'échec de la politique menée en matière d'accès aux soins.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Madame la ministre déléguée, je salue tout d'abord votre volonté d'atteindre les 4 000 MSP.

Le point positif que je tiens par ailleurs à souligner, c'est qu'une MSP peut fonctionner avec un seul médecin – en attendant, bien sûr, l'arrivée d'un deuxième médecin en cas de départ à la retraite. Dans ma circonscription, trois d'entre elles sont dans cette situation.

Je vous invite à profiter du pouvoir réglementaire qui est entre vos mains, madame la ministre déléguée, pour expliquer aux ARS que si certaines MSP ne disposent au départ que d'un médecin, au bout de six mois ou un an, une fois que le projet aura commencé à prendre corps, d'autres médecins arriveront. Il ne faut donc pas qu'elles bloquent le projet *a priori*. C'est le maire de la commune d'Olivet, dans le Loiret, qui a appelé mon attention sur cette question.

Comme l'a très bien dit Nicolas Sansu, vous devez donner de la souplesse. Sur la question des Padhue, ouvrons les portes et les fenêtres, car seul l'exercice coordonné est efficace. Il faut réunir l'ensemble des professionnels de santé, déléguer les tâches et faire appel à des IPA et à des infirmières Asalée – action de santé libérale en équipe –, bref à des hommes et des femmes dont les compétences permettront de soulager le corps médical.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre déléguée.

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** L'amendement n° 946 répond à la demande des maires. L'idée est d'éviter que des maisons de santé pluriprofessionnelles ferment et de pouvoir ainsi réenclencher la dynamique dans les territoires concernés.

**M. Nicolas Sansu.** J'ai dit que j'allais le voter !

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Je l'avais bien compris, mais je me permets de répondre à votre interrogation, monsieur Sansu. J'ajoute que la Sisa est le seul outil juridique qui permet à la maison de santé pluriprofessionnelle de percevoir des moyens financiers dédiés, c'est donc important. Nous aurons tout à l'heure un débat sur les Padhue, puisque trois articles sont consacrés à cette question mais, je le redis, ces établissements ne fonctionnent que si le projet est construit avec les professionnels...

**M. Nicolas Sansu.** Par les professionnels !

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** ...et avec les élus locaux,...

**M. Sylvain Maillard.** Eh oui !

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** ...et c'est bien l'objet du plan que nous avons annoncé et que nous allons mettre en œuvre.

**M. Charles Sitzenstuhl.** C'est de la coconstruction !

*(Les amendements n° 946 et 947 sont successivement adoptés.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de plusieurs amendements identiques, n° 161, 759, 932, 933 et 934.

L'amendement n° 161 de M. Elie Califer est défendu.

La parole est à M. Sébastien Peytavie, pour soutenir l'amendement n° 759.

**M. Sébastien Peytavie.** Afin de permettre aux infirmières en pratique avancée de bénéficier d'une meilleure reconnaissance, il faut leur permettre d'intégrer les CPTS. Le groupe Écologiste entend rappeler que ce partage des compétences ne pourra se faire sans un soutien matériel et financier – par l'État en particulier – de ces infirmières lors de leur formation.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Chantal Jourdan, pour soutenir l'amendement n° 932.

**Mme Chantal Jourdan.** Il s'agit par cet amendement de conforter la place des infirmières en pratique avancée et de soutenir leur activité par une meilleure reconnaissance de leur métier. Certes, l'accès direct des patients aux IPA est possible grâce à la loi Rist, mais on sait qu'elles éprouvent beaucoup de difficultés à trouver leur place et qu'elles font encore l'objet de peu de reconnaissance par rapport à leurs compétences.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir l'amendement n° 933.

**M. Philippe Vigier.** J'ai bien entendu ce qu'a dit M. Neuder et, madame la ministre déléguée, veillons à ce que la prise en charge de leur formation permette vraiment aux infirmières et aux infirmiers qui souhaitent devenir IPA de pouvoir le faire dans des conditions convenables, ce qui n'est pas le cas partout. Veillons à leur grille indiciaire et soyons audacieux : si le Sénat a souhaité réduire à six le nombre de départements expérimentateurs, allons plus loin et étendons le dispositif à toute la France, ce serait une belle reconnaissance pour ce nouveau métier.

**M. Sylvain Maillard et M. Charles Sitzenstuhl.** Eh oui !

**Mme la présidente.** L'amendement n° 934 de M. Guillaume Garot est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Avis défavorable, pour les raisons déjà évoquées en commission.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Même avis.

*(Les amendements identiques n° 161, 759, 932, 933 et 934 ne sont pas adoptés.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 747 de Mme Véronique Louwagie est défendu.

*(L'amendement n° 747, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de plusieurs amendements, n° 985, 476, 522, 1041, 445, 705, 1032, 449 et 477, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 476, 522 et 1041 sont identiques ; les amendements n° 705 et 1032 le sont également, de même que les amendements n° 449 et 477.

L'amendement n° 985 de M. Lionel Vuibert est défendu.

La parole est à Mme Chantal Jourdan, pour soutenir l'amendement n° 476.

**Mme Chantal Jourdan.** C'est un amendement qui propose de créer la fonction d'infirmier référent, celui-ci exerçant un rôle de suivi paramédical des patients et de coordination des soins. Cette question a déjà été évoquée en commission. On sait que, sur le terrain, les infirmiers libéraux ont déjà presque un rôle de référent, puisqu'ils coordonnent beaucoup de soins, étant amenés à prendre contact avec le médecin, avec le kiné et aussi avec d'autres professionnels de santé. Il s'agit donc de faire reconnaître leur fonction d'infirmier référent auprès du patient, sachant que c'est évidemment ce dernier qui demanderait à avoir un tel référent et qui le choisirait.

**Mme la présidente.** Avant d'en venir à l'amendement suivant, j'indique que sur les amendements identiques n° 705 et 1032, je suis saisie par le groupe Renaissance d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Thierry Frappé, pour soutenir l'amendement n° 522.

**M. Thierry Frappé.** Le présent amendement a pour objet de créer un infirmier référent, afin de permettre un parfait suivi médical des patients en améliorant la coordination médecin-infirmier. L'idée est de diminuer la charge de travail pesant sur le médecin traitant en favorisant la coordination médicale entre les deux. Le dispositif existe déjà en pratique, mais n'est pas encore officialisé.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus, pour soutenir l'amendement n° 1041.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** C'est l'occasion de saluer une nouvelle fois le rôle des infirmiers dans notre système de santé et j'appelle de mes vœux, par cet amendement, la création du statut d'infirmier référent.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Guillaume Garot, pour soutenir l'amendement n° 445.

**M. Guillaume Garot.** Cet amendement vise à faire reconnaître le rôle des infirmiers référents, car ce métier est une vraie avancée. On voit sur le terrain combien cette reconnaissance est demandée par les infirmiers qui assument parfois déjà, de fait, un rôle de coordination de l'ensemble des équipes de soins lorsque les médecins sont surchargés de travail. Dès lors que l'on considère qu'il faut redonner du temps médical aux médecins et donc aussi du temps aux infirmiers, il faut reconnaître l'investissement de ces derniers dans la coordination des soins – c'est extrêmement important. Et je tiens à dire aussi qu'il serait tout à fait rassurant pour le patient de savoir qu'il peut avoir un interlocuteur au long cours en plus de son seul médecin traitant.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 705.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Nous nous acheminons vers la création d'un dispositif s'inscrivant dans la continuité de la loi sur les IPA de Stéphanie Rist, et qui, aboutissant à la reconnaissance du rôle important des infirmiers – souligné par M. Garot et d'autres avant lui –, sera soutenu sur tous les bancs de cet hémicycle. Fruit d'un travail effectué avec le Gouvernement, le dispositif que je propose est centré sur les patients en affection longue durée, car c'est autour de ces

derniers qu'on a besoin de faire émerger une nouvelle équipe de soins composée du médecin, du pharmacien et de l'infirmier référent, et il diffère en cela des amendements précédents. Mais je remarque qu'ils sont tous, comme le mien, inspirés de la rédaction de la proposition de loi que Thomas Mesnier avait préparée et qui a été déposée en décembre dernier par les membres du groupe Horizons. C'est donc l'occasion de lui tirer un coup de chapeau. (*Applaudissements sur les bancs des groupes RE et HOR.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean-François Rousset, pour soutenir l'amendement n° 1032.

**M. Jean-François Rousset.** Cet amendement propose la création du statut d'infirmier référent pour les raisons qu'a exposées M. le rapporteur, dans la continuité du travail que nous menons en tant que majorité présidentielle. Nous souhaitons ainsi favoriser la coordination entre les professionnels de santé. Le suivi des patients en affection longue durée serait donc facilité grâce à la création de ce nouveau statut, puisqu'ils seraient désormais non seulement accompagnés par leur médecin traitant, mais aussi par un pharmacien correspondant et, dorénavant, par un infirmier référent. Ce triptyque permettra ainsi d'assurer une véritable coopération entre ces professionnels de santé bien identifiés.

**Mme la présidente.** Les amendements identiques n° 449 de M. Guillaume Garot et 477 de Mme Chantal Jourdan sont défendus.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements en discussion commune ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Pour les raisons que j'ai exposées en défendant mon amendement, je demande évidemment le retrait de tous les amendements, à l'exception des amendements n° 705 et 1032. À défaut, l'avis serait défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** L'examen de ces amendements en discussion commune est l'occasion de rappeler que les infirmiers sont des acteurs de proximité essentiels dans notre système de santé. Comme l'ont dit M. Valletoux et M. Rousset, il faut que le statut d'infirmier référent, une innovation très importante, soit limité au seul cas des patients souffrant d'une affection de longue durée en raison de la nécessaire proximité et de la régularité des soins que suppose leur état. Les autres patients, notamment les plus jeunes, ayant recours de manière plus exceptionnelle aux soins infirmiers, il apparaît moins pertinent de leur donner la possibilité de choisir un infirmier référent qui serait alors peu impliqué dans leur parcours de santé. Après le rapporteur, je tiens à mon tour à rappeler que Thomas Mesnier était à l'origine de l'idée d'infirmier référent.

Demande de retrait pour tous les amendements, sauf les n° 705 et 1032, pour lesquels le Gouvernement émet un avis favorable.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Caroline Fiat.

**Mme Caroline Fiat.** Évidemment, nous allons voter ces amendements. Je tenais juste à faire un petit clin d'œil : plusieurs collègues, en défendant leur amendement, ont bien rappelé que le dispositif allait soulager les médecins d'une grosse charge de travail. Mais je ne voudrais pas qu'on s'imaginer que les infirmières libérales n'ont pas, elles aussi, une grosse charge à assumer. Le fait d'exercer avec une référente va conduire à accomplir un travail d'équipe pluri-

disciplinaire, lequel permettra de diminuer la charge de tout le monde : pharmaciens, infirmiers, médecins, kinés, etc. J'insiste sur ce point : les médecins ne sont pas les seuls à avoir une grosse charge de travail !

**M. Hadrien Clouet.** C'était important de le rappeler !

*(L'amendement n° 985 n'est pas adopté.)*

*(Les amendements identiques n° 476, 522 et 1041 sont adoptés ; en conséquence, les amendements n° 445, 705, 1032, 449 et 477 tombent.)*

**M. Hadrien Clouet.** Ça, c'est encore un coup du groupe LIOT ! *(Sourires.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 751 de Mme Véronique Louwagie est défendu.

*(L'amendement n° 751, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

### Article 3 bis

*(L'article 3 bis est adopté.)*

### Article 4

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder, pour soutenir l'amendement n° 44, tendant à la suppression de l'article 4.

**M. Yannick Neuder.** Cet amendement de suppression a pour objet d'éviter de perdre les forces médicales en présence. Nous l'avons rappelé, la coercition n'est pas la bonne méthode. L'obligation de prendre des gardes ne l'est pas non plus : cela dépend de la composition des territoires, de l'âge des médecins. Ne décourageons pas les professionnels qui poursuivent leur carrière à un âge avancé en les obligeant à prendre des gardes ! Faisons aussi attention aux centres de lutte contre le cancer, qui ne sont toujours pas reconnus comme participant à la permanence des soins : par définition, ils n'ont pas vocation à prendre en charge de nouveaux patients, mais à suivre au long cours des patients atteints d'une pathologie chronique. J'en profite pour dire que ces centres sont largement sous-dotés : en effet, en quelques exercices, leur financement est passé de 15 millions d'euros à 1,5 million.

Le repos de garde désormais obligatoire dans certaines structures constitue une avancée. En revanche, quand un médecin libéral, après avoir pris en charge deux ou trois patients lors d'une garde en nuit profonde – de minuit à huit heures du matin –, n'est pas en mesure de faire face aux cinquante ou soixante patients qui viennent le consulter le lendemain matin, je doute que l'offre de soins en sorte gagnante.

Globalement, ces mesures ne seraient pas négatives si nous disposions d'un nombre de médecins suffisant dans chaque territoire. Face à cette pénurie, je me méfie de tout ce qui va contraindre ou décourager la participation, notamment des plus jeunes, à la permanence des soins dans les territoires, et je crois davantage en l'incitation. Croyez-moi, de par mon expérience – non pas en tant que médecin, mais en tant qu' élu local –, je peux en témoigner : dans les périodes

très denses, il m'est arrivé de refuser, avec l'agence régionale de santé, de rendre la garde obligatoire pour les médecins dès lors qu'ils n'étaient pas en nombre suffisant.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** J'appelle l'attention de M. Neuder sur le fait que l'article 4 ne concerne pas la permanence des soins en ambulatoire, contrairement à ce que j'ai entendu de la part de certains syndicats, qui ont grimpé aux rideaux sans prendre la peine de le lire posément : en réalité, il ne concerne que la permanence des soins en établissement.

Aujourd'hui, les cliniques privées ne sont pas totalement absentes de la permanence des soins, puisqu'elles supportent 13 % de l'effort, les 87 % restants étant supportés par l'hôpital public. L'obligation de participation à la permanence des soins en établissement vise à rééquilibrer la participation de chacun, notamment celle des établissements privés, aux côtés des établissements publics. C'est important de le rappeler, de manière à tordre le cou à certaines fausses informations qui ont pu circuler en amont des discussions que nous nous apprêtons à avoir dans cet hémicycle. Personne ne peut en disconvenir : il était temps de réinstaller l'offre privée dans l'exercice de la permanence des soins, d'autant plus que la Fédération de l'hospitalisation privée soutient cette mesure – je le dis pour vraiment vous mettre à l'aise –, voyant d'un bon œil le fait de pouvoir apporter sa pierre à l'édifice, aux côtés des hôpitaux qui peinent à assurer la permanence des soins.

Par conséquent, je suis défavorable à cet amendement de suppression.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée.** Il est, lui aussi, défavorable à cet amendement de suppression. Comme l'a rappelé M. le rapporteur, l'article concerne la permanence des soins en établissement de santé – je pense qu'il est important de le préciser, compte tenu des fausses informations que nous voyons circuler. L'enjeu est bien de répartir la charge de la permanence des soins entre les acteurs privés et les acteurs publics, d'autant que les premiers sont d'accord pour avancer avec nous et construire cette répartition. Avis défavorable.

*(L'amendement n° 44 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de quatre amendements, n° 869, 710, 675 et 762, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 869 et 710 sont identiques, de même que les amendements n° 675 et 762.

La parole est à M. le ministre, pour soutenir l'amendement n° 869.

**M. François Braun, ministre.** Le présent amendement vise à refondre l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé pour mieux répartir la charge de cette mission entre l'ensemble des acteurs d'un territoire, dans le cadre de cette solidarité territoriale que nous appelons tous de nos vœux. Il vise également à permettre, en cas de difficulté avérée à maintenir une ligne de garde ou d'astreinte nécessaire pour répondre aux besoins de la population dans un cadre sécurisé, que des professionnels puissent renforcer les lignes d'autres établissements de santé sur la base du volontariat, la contrainte étant une exception de dernier recours.

C'est alors le régime de responsabilité de l'établissement au sein duquel le professionnel sera amené à réaliser une garde ou une astreinte qui s'appliquera. Enfin, l'amendement vise à faire de la permanence des soins en établissement de santé l'une des missions du groupement hospitalier de territoire (GHT).

En pratique, vous constatez tous sur le terrain des difficultés pour organiser la permanence des soins, la garde étant majoritairement assurée par les professionnels des établissements publics de santé. Pour expliquer l'intérêt d'un tel amendement, je me permettrai, en quelques minutes, de prendre un exemple que je connais bien, dans un secteur où j'ai exercé. Celui-ci comprend trois établissements : un établissement public, un Espic (établissement de santé privé d'intérêt collectif) et un établissement privé. Tous les trois possèdent le même service de chirurgie spécialisée, supervisé, dans chaque établissement, par deux chirurgiens. La chirurgie spécialisée requiert naturellement une permanence des soins en raison d'urgences absolues. Or elle n'est assurée que par les deux médecins de l'établissement public, ce qui est particulièrement pénible et fait fuir les chirurgiens les uns après les autres. Pourtant, les chirurgiens des autres établissements seraient prêts à prendre part à l'accomplissement de cette mission.

Nous proposons donc de définir un cahier des charges de la permanence des soins, accompagné d'un appel à projets. La permanence des soins est ainsi choisie et assurée : faute de réponses, il est prévu de réunir les professionnels concernés pour qu'ils définissent ensemble la façon d'assurer la permanence des soins, pour le bien de la population du territoire concerné.

Cette facilitation est déjà souhaitée par les professionnels sur le terrain. Il n'est pas question de définir une contrainte ou une obligation : il s'agit simplement de mettre les gens autour de la table pour qu'ils discutent. Cependant, si nous parvenons à une situation qui n'offre aucune autre possibilité, nous serons sans doute amenés à être plus incitatifs sur la façon de réaliser cette permanence, là encore pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 710 de M. le rapporteur est défendu.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 675.

**M. Pierre Dharréville.** La permanence des soins est un vrai sujet dans de nombreux territoires. L'amendement que vous défendez, monsieur le ministre, tend à réécrire l'article dans son ensemble : *in fine*, il modifie le texte initial et cela mérite que nous prenions le temps de regarder les choses dans le détail.

Pour notre part, nous estimons qu'il faut élargir un peu l'organisation de la permanence des soins, en mettant à contribution d'autres acteurs que ceux qui prennent déjà leur part. Seuls 24 % des médecins contribueraient à la permanence des soins : qu'ils en soient remerciés, mais c'est trop peu, et il est clair que nous devons les aider en faisant participer davantage d'acteurs. Tel est le sens de cet amendement.

Si je comprends bien, monsieur le ministre, vous entendez faire participer à la permanence des soins celles et ceux qui officient au sein des cliniques privées. Je pense que c'est

plutôt une bonne chose. La mobilité entre établissements publics que vous appelez de vos vœux mériterait de faire l'objet d'une véritable discussion,...

**M. François Braun, ministre.** Bien sûr !

**M. Pierre Dharréville.** ...car nous mettons déjà beaucoup à contribution les agents des hôpitaux publics. Cela appelle aussi des négociations sociales.

Enfin, vous avancez l'idée que l'organisation de la permanence des soins pourrait relever des missions des GHT. J'ai de gros doutes sur ce point : dans un certain nombre d'endroits, les GHT n'arrivent déjà pas à organiser entre eux la répartition des médecins du travail. (*Mme Stéphanie Rist s'exclame.*) Je ne vois donc pas comment nous pourrions leur confier cette charge supplémentaire – je ne suis d'ailleurs pas tout à fait sûr que celle-ci relève de leurs missions. Je pense que le rôle des GHT dans le pays pose question. Aussi devrions-nous procéder à un état des lieux : nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir plus tard.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Sébastien Peytavie, pour soutenir l'amendement n° 762.

**M. Sébastien Peytavie.** Il est difficile de maintenir la permanence des soins dans certains territoires, même lorsque les hôpitaux et les cliniques privées jouent le jeu. Le présent amendement vise donc à l'élargir à tous les médecins. Mon département compte quatre centres hospitaliers, dont une clinique privée. Actuellement, ils voient leurs services d'urgences régulés pour une très longue période : en conséquence, parmi les patients qui affluent, nombreux sont ceux qui n'ont pas accès aux soins. Or c'est une chose que nous pourrions garantir si nous étendions la permanence des soins à tous les médecins – c'est d'ailleurs à partir du moment où l'on a supprimé les gardes que les services d'urgences se sont très vite retrouvés saturés.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission sur ces amendements en discussion commune ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** J'émet un avis favorable sur les amendements identiques n° 869 et 710, défavorable sur les amendements identiques n° 675 et 762.

À l'article 1<sup>er</sup>, nous avons décidé de confier aux CTS la mission d'organiser la permanence des soins, dans la concertation avec tous les acteurs. Avec la loi Rist, promulguée en mai dernier, nous avons affirmé le principe de responsabilité collective en matière de permanence des soins ambulatoires. Dans chaque territoire de santé, il reviendra à l'offre libérale d'organiser cette permanence des soins ambulatoires, sans doute mieux qu'elle ne le fait aujourd'hui – elle le fera sous l'œil de l'ensemble des acteurs du CTS. Quant à l'article 4, je le rappelle, il porte sur la permanence des soins en établissement de santé.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Je suis bien sûr favorable aux amendements n° 869 du Gouvernement et 710 du rapporteur.

Il est ici question, effectivement, de la permanence des soins en établissement de santé. S'agissant des praticiens hospitaliers, la participation à cette permanence des soins est prévue par leur statut ; il n'y a donc rien de plus à faire en ce qui les concerne. Quant aux chirurgiens des cliniques



privées ou des cliniques participant au service public hospitalier, ils réclament le plus souvent de pouvoir participer à la permanence des soins.

Il y a quelques années, nous avons en partie redessiné la cartographie de la permanence des soins en la confiant plutôt, il est vrai, à l'hôpital public, alors même que des établissements privés souhaitaient y participer. En tout cas, quand une seule permanence des soins est nécessaire dans un territoire, il n'est pas besoin d'en organiser deux. C'est tout l'intérêt de laisser la main aux territoires de santé en la matière.

En ce qui concerne la permanence des soins ambulatoires, je ne suis pas favorable à un retour à l'obligation de garde. Comme certains d'entre vous, j'ai connu le moment où celle-ci a été supprimée ; j'exerçais alors des responsabilités au sein du Samu. Je peux vous dire que les choses ne fonctionnaient pas mieux lorsqu'elle était en vigueur, parce que les conseils de l'Ordre des médecins accordaient de nombreuses dérogations, par exemple pour éviter que certains médecins ne soient de garde un jour sur deux ou pour dispenser les praticiens plus âgés. Dès lors, il n'y avait guère plus de médecins qui participaient à la permanence des soins. Qui plus est, cette permanence des soins était d'une autre nature : elle était beaucoup moins importante, en particulier en début de soirée.

Que se passe-t-il désormais ? D'après le rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, 96 % du territoire est couvert en permanence des soins ambulatoires jusqu'à minuit. Pour ce qui est de la période entre minuit et sept heures du matin – nous pourrions y revenir, mais le problème est bien connu de ceux qui font de la régulation médicale –, il s'agit principalement de prodiguer du conseil médical ou d'orienter vers l'hôpital ; il y a peu de situations intermédiaires, pour lesquelles la visite d'un médecin suffit.

Dans les secteurs qui ne sont pas couverts ou le sont peu, grâce aux mesures que j'ai prises l'été dernier et grâce aux dispositions de la loi Rist, la permanence des soins est assurée par d'autres professionnels, en particulier des infirmières qui pratiquent la téléconsultation, ce qui permet de valoriser leur exercice. Je rappelle l'expérimentation menée en Normandie : l'envoi, par la régulation médicale, d'un binôme composé d'un conducteur et d'une infirmière munie d'une valise de téléconsultation. Grâce à ce dispositif, sept patients sur dix ont pu être maintenus à domicile ; sinon, ils auraient dû aller à l'hôpital.

Dans l'ensemble, le dispositif fonctionne plutôt bien. Il n'est pas utile de rétablir une obligation de garde. Certains médecins âgés continuent à participer à la permanence des soins ambulatoires jusqu'à minuit, souvent dans une structure médicale de garde. Si on les obligeait de nouveau à faire des gardes, ils auraient effectivement tendance à arrêter leur activité.

Dans les secteurs où les médecins sont très peu nombreux, je ne vois pas comment nous pourrions les obliger à être de garde chaque jour ou un jour sur deux. N'ajoutons pas à la complexité en imposant une contrainte qui n'a pas lieu d'être. Dans les déserts médicaux, la permanence des soins ambulatoires fonctionne plutôt bien, grâce à la régulation médicale et grâce à l'apport que constitue le service d'accès aux soins (SAS), que nous continuons à développer.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** Vous l'avez évoqué, monsieur le ministre, l'obligation de garde a été supprimée il y a vingt ans. La permanence des soins est un sujet majeur pour la prise en charge, et il faut l'envisager en regardant dans les miroirs objectifs de la médecine de ville et de la médecine hospitalière. Lorsque la permanence des soins n'est plus assurée, les patients appellent le 15, et c'est alors la régulation médicale qui intervient, le cas échéant en envoyant le Samu.

Vous dites qu'il ne faut pas obliger les médecins à faire des gardes. Toutefois, vous connaissez comme moi les chiffres : celles et ceux qui participent à la permanence des soins sont peu nombreux. Or je ne voudrais pas revivre ce que j'ai vécu un 31 décembre dans mon département : une réquisition est tombée, parce que les acteurs n'avaient pas voulu s'organiser ; et une réquisition, c'est quelque chose... D'où notre position : il faut rétablir pour tous et partout l'obligation de participer à la permanence des soins.

L'article 4 porte sur la permanence des soins en établissement de santé. J'en ai beaucoup discuté avec le rapporteur : étendons le dispositif non seulement aux cliniques, mais aussi aux maisons de santé et aux centres de santé.

D'autre part, j'insiste sur la question de la rémunération, notamment dans le cas où la permanence des soins n'est assurée que sur une partie d'un territoire, par exemple la moitié d'un département. Vous allez introduire une incitation – j'aurais préféré que l'on prévoie une obligation. En tout cas, il faut déclencher le financement correspondant : pour les praticiens qui s'engageront volontairement à participer à la permanence des soins, il faut que le financement soit sécurisé, ce qui n'est pas le cas actuellement. À cet égard, votre parole au banc compte ; profitons de l'occasion qui nous est donnée.

Le dispositif proposé par le rapporteur est assez audacieux. Je formule la proposition suivante : il serait bon que, d'ici à un an au maximum, on atteigne un niveau de couverture satisfaisant à l'échelle nationale en matière de permanence des soins, de telle sorte que l'on puisse être plus incitatif encore. C'est le seul moyen si l'on veut embarquer tous les acteurs.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Je souscris tout à fait à ce que vient de dire Philippe Vigier sur la nécessité de renforcer très sensiblement la permanence des soins. Citons un chiffre : seuls 39,3 % des médecins généralistes ont réalisé au moins une garde en 2020. Il est donc urgent de revoir totalement l'organisation de la permanence des soins dans notre pays.

D'autre part, même si cela peut paraître évident, il serait bon que vous précisiez au banc que les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé sont bel et bien concernés par le dispositif de permanence des soins prévu par les amendements du Gouvernement et du rapporteur, car leur rédaction n'est pas très claire.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le ministre.

**M. François Braun, ministre.** Comme vous le savez, monsieur Vigier, les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins sont valorisés par un supplément de 15 euros, en journée comme la nuit, dès lors que l'on est passé – c'est en principe toujours le cas – par la régulation médicale,

assurée par le Samu, le SAS ou une structure ayant conclu un contrat avec le Samu, par exemple SOS Médecins. Tel est le principe, et il est assez simple.

Ce supplément de 15 euros figure dans le règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Il est désormais stabilisé et il n'y a aucune raison de le remettre en cause.

J'ai entendu comme vous que le déblocage du financement pouvait tarder dans certains secteurs. Le règlement arbitral ayant été approuvé il y a un peu moins de deux mois, il faut attendre un peu pour qu'il soit pleinement appliqué, le temps que la machine soit suffisamment huilée.

Certes, monsieur Patrier-Leitus, quelque 39 % des praticiens participent à la permanence des soins, mais, je le répète, 96 % du territoire est couvert en la matière. Je me préoccupe donc des 4 % restants, qui sont la plupart du temps des endroits où il n'y a malheureusement pas de médecins. D'où l'intérêt de la loi Rist, qui nous permet de travailler avec les autres professionnels de santé.

La question des centres de santé est effectivement importante. Nous en avons déjà parlé lorsque nous avons évoqué la concentration des structures. Là encore, la loi Rist permet de les intégrer dans le dispositif de permanence des soins. Tout un travail est en cours pour délivrer des autorisations aux centres de santé qui dispensent des soins immédiats non programmés, ce qui est conforme à leur vocation. Ils pourront alors participer à la permanence des soins, qu'elle soit hospitalière – de nombreux médecins qui travaillent dans ces centres sont des urgentistes qui ont quitté l'hôpital, précisément parce qu'ils ne faisaient plus de gardes ; on tourne un peu en rond... – ou relève de la médecine de ville.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Nicolas Sansu.

**M. Nicolas Sansu.** S'agissant de la permanence des soins en établissements de santé, le dispositif que vous proposez représente une avancée, et je la salue. Je prends un exemple simple : l'hôpital de référence de mon département, situé à Bourges, a perdu presque tous ses otorhinolaryngologistes, car ceux-ci ont rejoint la clinique voisine, où ils n'ont pas de gardes à effectuer. Cela pose tout de même un vrai problème.

**M. Sébastien Peytavie.** Eh oui !

**M. Nicolas Sansu.** S'agissant de la permanence des soins ambulatoires, l'obligation doit s'appliquer à tout le monde ou à personne. Il faut que le dispositif soit clair et cohérent : on ne peut pas obliger tous les médecins salariés des centres de santé à but non lucratif à participer à la permanence des soins alors même que cela ne figure pas dans leur contrat de travail, si l'on ne soumet pas à la même obligation les médecins qui exercent en libéral, le cas échéant dans une maison de santé pluriprofessionnelle. Pour notre part, nous plaçons pour le rétablissement de l'obligation de participer à la permanence des soins ambulatoires. Elle s'appliquerait à tous les médecins, et pas seulement à ceux qui sont salariés de structures à but non lucratif.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le ministre.

**M. François Braun, ministre.** J'entends vos arguments, monsieur Sansu. Nous en débattons aussi lorsque nous examinerons les amendements portant article additionnel après l'article 4. Tout l'intérêt de la proposition de loi est de nous permettre de nous appuyer sur la responsabilité collective à l'échelle d'un territoire.

Il y a deux types de centres de santé. Ceux qui sont financés par les collectivités, notamment par les communes, participent à la permanence des soins.

**M. Nicolas Sansu.** Ce n'est pas le cas de tous les médecins d'un même centre de santé !

**M. François Braun, ministre.** Dès lors que la réponse est assurée, ce qui est le cas sur 96 % du territoire – les médecins s'organisent entre eux et il n'y a pas de problème –, je ne vois pas l'intérêt de faire participer tout le monde à la permanence des soins. Dans les 4 % non couverts, je le répète, il n'y a pas de médecins.

La deuxième catégorie de centres de santé est constituée par ceux qui dispensent des soins immédiats non programmés. Ils souhaiteraient obtenir l'autorisation d'exercer l'activité de soins de médecine d'urgence. Le décret pertinent, actuellement soumis à la concertation, sera publié prochainement. Dès lors qu'ils demanderont une autorisation dans ce cadre, nous prévoirons la contrainte correspondante.

Actuellement, j'y insiste, la permanence des soins ambulatoires jusqu'à minuit est très largement assurée, grâce à l'exercice de leur responsabilité par les professionnels eux-mêmes, qui s'organisent.

**M. Nicolas Sansu.** Elle est très fragile !

**M. François Braun, ministre.** Elle reste fragile, mais elle ne sera pas plus solide si l'on impose une obligation – nous n'allons pas relancer le débat à ce sujet. Ce serait source de difficultés, sachant qu'un praticien aurait toujours la possibilité d'obtenir une dérogation dès lors qu'il dépasse 50 ou 60 ans.

Laissons fonctionner ce qui fonctionne, sans ajouter de contrainte supplémentaire. Dans les territoires où il n'y a pas de médecins, continuons, grâce à la loi Rist, à nous appuyer sur les professionnels paramédicaux, avec le soutien de la régulation médicale.

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 869 et 710 sont adoptés. En conséquence, l'article 4 est ainsi rédigé et les amendements n<sup>os</sup> 675 et 762 tombent, ainsi que les amendements et le sous-amendement suivants.)*

#### Après l'article 4

**Mme la présidente.** Je suis saisie de quatre amendements identiques, n<sup>os</sup> 806, 911, 912 et 913, portant article additionnel après l'article 4.

Sur ces amendements identiques, je suis saisie par le groupe Renaissance d'une demande de scrutin public.

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

L'amendement n<sup>o</sup> 806 de M. Elie Califer est défendu.

La parole est à M. Hadrien Clouet, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 911.

**M. Hadrien Clouet.** C'est un amendement que nous avons déposé, avec Philippe Vigier, au nom du groupe de travail transpartisan sur les déserts médicaux. Nous sommes en faveur du rétablissement de la permanence des soins pour trois raisons.

La première, qui a été évoquée à l'instant, c'est l'allègement général de la charge de travail. À l'heure actuelle, seul un tiers des professionnels concernés s'acquittent volontairement de la permanence des soins. Répartir la tâche entre tous les professionnels disponibles diviserait par trois la pression qui pèse sur les professionnels.

La deuxième raison, c'est le report des soins, notamment vers les urgences. Rétablir la permanence des soins, c'est s'assurer que les personnes qui ont besoin d'une réponse immédiate à une pathologie pourront être prises en charge par des professionnels de santé et n'auront pas à se diriger vers les urgences. Cela réorganise l'ensemble du circuit des soins, pour le mieux, me semble-t-il.

La troisième raison, c'est que la permanence des soins permet d'éviter une attente médicale aux conséquences délétères : quand une personne renonce à un soin ou le reporte de quelques jours, cela coûte plus cher car sa situation s'aggrave, avec des pathologies qui se développent, etc.

Il s'agit, d'une part, de soulager les soignants ; d'autre part, de soulager les urgences ; enfin, de mieux accompagner médicalement et de mieux soigner les personnes. C'est un amendement gagnant sur tous les points. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LFI-NUPES.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Guillaume Garot, pour soutenir l'amendement n° 912.

**M. Guillaume Garot.** Il s'agit d'une proposition issue des travaux du groupe de travail transpartisan sur l'accès aux soins. Nous demandons que l'on revienne à la permanence des soins telle qu'elle a fonctionné, et bien fonctionné, jusqu'en 2002. Il y avait eu à l'époque des revendications et des pressions assez fortes pour libérer les médecins de certaines obligations et sujétions.

Or que se passe-t-il aujourd'hui ? Comme il y a moins de médecins en activité, en particulier de généralistes, comme vous le relevez, la pression est plus forte sur ceux qui participent de façon volontaire à la permanence des soins. Cela crée un problème d'attractivité pour le métier de médecin généraliste, question que vous évoquez souvent, monsieur le ministre.

Il y a deux réponses possibles. Hier, c'était la régulation ; vous l'avez refusée. Aujourd'hui, nous proposons une autre réponse que vous ne devriez pas refuser. Il faut élargir le nombre de professionnels qui assurent la permanence des soins de telle sorte que la pression soit moins forte sur chacun. Si tous contribuent, l'effort sera moindre pour chaque professionnel. C'est une mesure de justice, mais c'est aussi une façon de restaurer l'attractivité, que vous dites endommagée, de ce nécessaire et très beau métier de médecin généraliste.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Delphine Batho, pour soutenir l'amendement n° 913.

**Mme Delphine Batho.** C'est le même amendement transpartisan que celui qui a été présenté par mes collègues.

Je veux souligner devant M. le ministre que, dans nombre de territoires, dont celui que je connais bien, il y a un vrai problème de permanence des soins. La charge est vraiment trop lourde pour celles et ceux qui ont fait le choix de continuer à l'assurer ; l'amendement que nous proposons émane aussi de ces 38 % de médecins qui ont besoin de

renfort. (*Applaudissements sur quelques bancs des groupes LFI-NUPES, SOC, Écolo-NUPES et GDR-NUPES. – M. Jérémie Patrier-Leitus applaudit également.*)

J'ajoute que le faible nombre de professionnels disponibles a aussi une conséquence sur les distances à parcourir pour accéder aux soins. La permanence des soins doit être assurée à proximité, sans quoi la charge se reporte sur les urgences hospitalières, comme l'ont très bien dit mes collègues. C'est une proposition simple, importante et de bon sens dans le contexte actuel. (*Applaudissements sur les bancs des groupes Écolo-NUPES, LFI-NUPES, SOC et GDR-NUPES. – MM. Philippe Vigier et Jérémie Patrier-Leitus applaudissent également.*)

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Nous discutons, depuis quelques minutes, d'un sujet important. Je souscris entièrement aux propos que vient de tenir Mme Batho et au contenu des amendements en discussion.

La question de la permanence des soins, et surtout celle de savoir qui y prend sa part, est majeure. Le texte ouvre la possibilité de régler le sujet au plus près du terrain, c'est-à-dire avec les acteurs du territoire, qu'ils soient publics ou privés, ainsi qu'avec les élus locaux, puisque la permanence des soins entre dans le champ des missions des territoires de santé.

Ces amendements identiques respectent le cadre du volontariat posé dans la loi Rist, tout en affirmant la participation de l'ensemble des soignants à la permanence des soins et en rappelant que c'est un engagement responsable et collectif de l'ensemble des acteurs du champ de la santé. J'y souscris et j'y suis très favorable. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes LFI-NUPES, Dem, SOC, HOR, Écolo-NUPES et GDR-NUPES.*)

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Vous vous doutez de mon excès de sensibilité au sujet de la permanence des soins ; ne serait-ce que par mon histoire, j'y suis très attentif.

Si je reprends l'amendement, la phrase du code de la santé publique deviendrait : « Les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation [...] ainsi que les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État participent et sont responsables collectivement de la permanence des soins. » Après la responsabilité collective apportée par la loi Rist, vous donnez une nouvelle impulsion – qui correspond tout à fait à ce que je souhaite – à la permanence des soins, en invitant chaque professionnel de santé à se positionner en fonction des besoins mais également des ressources du territoire. L'État, par l'intermédiaire des ARS, est là pour vérifier que la permanence des soins est bien organisée à l'échelle du territoire et valider cette organisation.

Dès lors que l'amendement ne fixe pas l'obligation dont nous parlions tout à l'heure, laquelle, à mon avis, n'est pas souhaitable, je suis tout à fait favorable à ces amendements issus des différents groupes.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier.

**M. Philippe Vigier.** J'ai bien saisi la subtilité du langage du ministre. Mais il y a un élément majeur, c'est la responsabilité collective. Les professionnels de santé sont des hommes et des femmes qui prennent leurs responsabilités ; simplement, il

faut que les règles soient harmonisées. J'ai bien entendu qu'il n'y avait pas que les cliniques et les établissements de santé et que l'on allait reporter une partie de la charge sur les autres. Ce que voulait dire Delphine Batho, c'est que, s'il n'y a pas de maison de santé à proximité, le patient doit parcourir 30, 40, voire 50 kilomètres, et l'on arrive dans des zones déjà extrêmement tendues. Cela me paraît essentiel.

Ce que nous faisons ce soir n'est pas un acte léger ; c'est un changement complet de paradigme. Mais c'est le seul moyen, me semble-t-il, de sauver l'accès aux soins pour tous, de protéger notre hôpital et aussi, quelque part, de protéger les professionnels.

Je terminerai modestement en citant l'exemple du territoire où je suis élu, dont j'ai déjà eu l'occasion de parler à M. le ministre, et où la permanence des soins, depuis six mois, fonctionne très bien : en seulement quatre mois, ce sont 891 passages aux urgences en moins, avec des professionnels mieux rémunérés et qui sont fiers – j'ai entendu ce mot, fiers – d'avoir participé, fiers d'avoir été un chaînon indispensable dans l'accès aux soins. Je pense que, ce soir, en faisant ce que nous faisons, nous leur rendons hommage. (*Applaudissements sur les bancs des groupes RE, LFI-NUPES, HOR, SOC, Écolo-NUPES et GDR-NUPES.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** À ce stade, je voudrais dire deux choses.

La première, c'est que j'ai le sentiment que nous n'avons pas tous la même analyse de ces amendements auxquels M. le ministre est favorable. En écoutant certains de nos collègues, on croirait qu'ils vont changer des choses, concrètement, dans l'organisation de la permanence des soins. Or j'ai le sentiment que pour vous, monsieur le ministre, c'est une précision qui va dans la direction que vous souhaitez, mais qu'elle n'aura pas d'application concrète. Je peux me tromper et j'aimerais donc que vous nous précisiez ce que ces amendements changent dans votre esprit.

La deuxième nous ramène un peu en arrière, au débat sur les centres de santé. Mon collègue Nicolas Sansu a évoqué le sujet tout à l'heure. Vous avez répondu qu'il y avait deux sortes de centre de santé. Je le pense aussi mais, pour moi, ces deux sortes ne sont pas les mêmes que celles que vous avez définies. D'un côté, il y a les centres de santé à but non lucratif, qui sont, pour l'essentiel, municipaux ou mutualistes ; de l'autre, il y a les centres de santé à but lucratif, depuis la loi de 2018 qui a entériné, à mon avis, une mauvaise décision. Ces centres de santé ne sont pas de même nature. Les centres de santé mutualistes que je connais dans mon territoire essaient de faire vivre une médecine d'équipe et d'assurer une certaine permanence des soins. Si on leur ajoute des contraintes qui ne sont pas partagées, qui ne vont reposer que sur eux, je ne sais pas comment ils vont faire. Ils ont déjà du mal à exister, à recruter ; à vivre, tout simplement, car il est très compliqué de faire vivre un certain nombre de centres de santé. Or nous devons leur donner un nouvel élan, car ces centres de santé constituent une partie de la réponse aux difficultés d'accès aux soins ; pour l'instant, nous n'y sommes pas.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Sans vouloir prolonger les débats, j'insiste sur le caractère important de ce vote. Le rétablissement de la permanence des soins est une réponse ;

ce n'est pas une réponse miracle – nous avons manqué, hier, la régulation –, mais c'est une réponse aux préoccupations des habitants. C'est une réponse qui permet de soulager les professionnels de santé et les médecins des déserts médicaux, qui subissent la pression et la charge de la permanence des soins. C'est aussi une partie de la réponse pour les hôpitaux et pour les services d'urgence. Je crois que nous faisons œuvre utile avec ces amendements, qui proposent une avancée concrète aux citoyens, aux médecins et aux services d'urgences des hôpitaux. J'espère que nous serons nombreux à les voter.

**Mme la présidente.** La parole est à M. le ministre.

**M. François Braun, ministre.** Pour le compte rendu des débats, je veux bien préciser mon expression, qui a peut-être été trop floue ; si c'est le cas, je vous prie de m'en excuser.

**M. Pierre Dharréville et M. Jérémie Patrier-Leitus.** C'est une obligation ou pas ?

**M. François Braun, ministre.** Ces amendements renforcent la permanence des soins en renforçant les incitations à la responsabilité collective et en faisant participer tous les professionnels à la permanence des soins. Cela va dans le bon sens. Je suis favorable à cette incitation plus forte, toujours dans le cadre de la responsabilité collective dont nous avons parlé.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 806, 911, 912 et 913.

(*Il est procédé au scrutin.*)

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	72
Nombre de suffrages exprimés .....	69
Majorité absolue .....	35
Pour l'adoption .....	67
contre .....	2

(*Les amendements identiques n<sup>os</sup> 806, 911, 912 et 913 sont adoptés.*) (*Applaudissements sur les bancs des groupes HOR et Dem et sur plusieurs bancs des groupes RE, LFI-NUPES, SOC, Écolo-NUPES et GDR-NUPES.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 857.

**M. Pierre Dharréville.** C'était une demande de rapport sur les conditions de l'organisation du rétablissement de la permanence des soins. Je ne sais pas comment il s'intègre à la suite du vote des amendements précédents, mais il ne pourra que nous aider à mettre en œuvre ce que nous venons de décider.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Compte tenu des échanges que nous venons d'avoir, je vous demande de retirer votre amendement ; à défaut, avis défavorable.

(*L'amendement n<sup>o</sup> 857, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

## Article 5

**Mme la présidente.** La parole est à M. Timothée Houssin.

**M. Timothée Houssin.** L'article 5 traite du contrat d'engagement de service public (CESP), que nous soutenons car il permet d'aider les étudiants en médecine à financer leurs études, tout en garantissant, en contrepartie, qu'ils exerceront plusieurs années dans un désert médical. Il vise à élargir le CESP aux futures sages-femmes, mais aussi à permettre aux étudiants de s'engager plus tôt et pour une durée plus longue dans le dispositif; nous y sommes favorables et voterons donc en faveur de cet article, qui permettra aux jeunes de nos déserts médicaux, issus de milieux modestes, de s'engager dans des études de médecine.

Plusieurs questions restent malgré tout en suspens. Tout d'abord, que comptez-vous faire, à moyen et long terme, pour promouvoir davantage le dispositif, afin qu'un nombre plus important d'étudiants puisse s'y engager? Quelles sont vos ambitions sur le long terme?

Par ailleurs, certains de nos amendements, qui ont été jugés irrecevables au nom de l'article 40, avaient notamment trait à la revalorisation de l'allocation prévue. Celle-ci n'a pas bougé depuis plusieurs années – 2009, me semble-t-il; or il ne vous a pas échappé que, depuis 2009, le coût de la vie a quant à lui largement évolué. Nous n'avons donc pas pu demander la revalorisation de l'allocation, mais qu'en sera-t-il à l'avenir?

Enfin, d'autres amendements ont aussi été jugés irrecevables alors qu'ils relayaient des demandes émanant des étudiants en médecine et des internes, qui souhaitent pouvoir s'engager dans des contrats de ce type à temps partiel. Ils pourraient, par exemple, s'engager à mi-temps contre une demi-allocation, ou à mi-temps pour une durée deux fois plus longue, pour toucher l'allocation complète. Une telle mesure ne créerait pas nécessairement de dépense supplémentaire; elle donnerait lieu à davantage de flexibilité et pourrait ainsi attirer davantage d'étudiants.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Astrid Panosyan-Bouvet.

**Mme Astrid Panosyan-Bouvet.** Quand on parle des déserts médicaux, on pense souvent aux territoires ruraux. Mais ce phénomène concerne aussi les zones les plus urbaines comme l'Île-de-France, premier désert médical de France métropolitaine, où il est devenu difficile, voire impossible, pour plus de la moitié des habitants, de se faire soigner près de chez soi, faute de médecins.

En dix ans, cette région a perdu près de 3 800 médecins libéraux, dont 1 800 généralistes, mais aussi 28 % de ses dermatologues et 26 % de ses gynécologues. Fait également alarmant, en raison de la pyramide des âges de ces professions médicales, dans la même région, un médecin sur deux a plus de 60 ans et un sur quatre plus de 65 ans.

L'article 5 permet ainsi de lutter contre les déserts médicaux, en incitant les jeunes médecins à s'installer dans les zones sous-dotées: grâce à l'ouverture du contrat d'engagement de service public, les étudiants en médecine se verront accorder une allocation mensuelle, en contrepartie d'un engagement à exercer deux ans au minimum sur un territoire donné après la fin de leur formation. (*M. Philippe Vigier applaudit.*) Mais il permet également à d'autres professionnels, non plus seulement aux étudiants en médecine et en odontologie mais, notamment, aux étudiants en maïeutique et en pharmacie, d'accéder à ce contrat, et ce – fait marquant – plus tôt dans leurs études, dès l'issue de la deuxième année du troisième cycle.

L'élargissement du contrat permettra ainsi, sur une base volontaire et non contrainte, de lutter contre la pénurie de professionnels de santé et d'encourager des jeunes médecins à poursuivre l'exercice de leur métier dans les zones sous-dotées. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.*)

**M. Emmanuel Pellerin.** Excellent!

**Un député du groupe LR.** Les Français vont déjà mieux!

**Mme la présidente.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** Je voudrais également dire quelques mots sur ce sujet essentiel. Le contrat d'engagement de service public est un dispositif dont nous demandons l'élargissement, et même la généralisation, depuis très longtemps. En effet, nous pensons d'abord que cet outil permet de mieux accompagner les étudiants qui se destinent aux professions concernées; ensuite, qu'il permet aussi à l'ensemble des étudiants, d'où qu'ils viennent et quelle que soit leur origine sociale, d'envisager plus facilement la poursuite de telles études. Il faut donc vraiment développer le CESP.

Pour ma part, je crois qu'il faudrait même étudier la possibilité d'utiliser ce type de dispositif dès la première année. Quoi qu'il en soit, nous pensons qu'il faut le généraliser: de tels contrats doivent être passés avec toutes celles et ceux qui se destinent à ces professions en s'engageant dans des études longues, qu'eux-mêmes et leurs familles ont parfois des difficultés à financer.

Les dispositions contenues dans l'article 5 constituent donc une avancée, certes coûteuse – et je me félicite que l'article 40 ne vous ait pas été opposé, monsieur le rapporteur –, mais tant mieux! Tout le monde n'a pas eu cette chance, mais c'est ainsi.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Ce ne sont pas les mêmes sommes qui sont en jeu!

**M. Pierre Dharréville.** Pour le coup, nous pensons que cette manière de faire est bénéfique: il est bon que nous puissions délibérer sur le sujet et en décider. Mais nous devons étudier la possibilité d'aller plus loin, en créant des dispositifs susceptibles de modifier le rapport que nous avons à celles et ceux qui s'engagent dans de telles études et dans de telles professions.

**Mme la présidente.** Je suis saisie de quatre amendements identiques, n<sup>os</sup> 1148, 1151, 1152 et 1153.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1148.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Ceux qui viennent de prendre la parole l'ont dit: il s'agit d'une mesure importante, qui compte parmi les vraies et grandes avancées de ce texte. Elle permettra en effet à davantage d'étudiants, dans davantage de filières et plus tôt dans leurs études, de signer un contrat d'engagement de service public.

Nous l'avons observé: le resserrement du CESP, il y a quelques années, en a sans doute limité la portée. Les auditions que j'ai menées avec certains d'entre vous auprès de ceux qui avaient à s'exprimer à son sujet l'ont montré: son ouverture et la possibilité de s'y engager plus tôt dans les études sont souhaitées par tous et attendues par beaucoup. J'approuve donc ce qu'ont dit Pierre Dharréville et Astrid Panosyan-Bouvet quant aux vertus du dispositif.

Mais je partage aussi votre avis, monsieur Dharréville, sur un point – même si ce n'est pas l'objet de cette modeste proposition de loi, qui se contente de faire bouger quelques lignes : les études en santé, et je désigne par là les études de médecine mais aussi toutes celles qui permettent d'accéder à des métiers participant à la prise en charge de nos concitoyens, forment un sujet plus général et plus global, qui devra faire l'objet d'autres réflexions dans le futur. On le sait : il y a là un nœud, dans notre système de santé, qu'il nous faudra peut-être un jour dénouer tous ensemble.

Par ailleurs, le présent amendement est issu d'un accord large ; je pense notamment aux élus qui se sont mobilisés autour de Guillaume Garot mais aussi à toutes les institutions que nous avons auditionnées. Nous vous proposons donc de pouvoir déclencher le CESP, contrat d'engagement de service public, dès la deuxième année d'études : une telle mesure est vraiment attendue et sera utile. On le sait, si la première année est encore une année de sélection, la deuxième année correspond à l'entrée pleine et entière dans les études, et c'est à ce moment que commencent à se forger les projets personnels.

Je remercie enfin le Gouvernement d'avoir été attentif à la demande des parlementaires de tous bords et d'avoir permis le soutien à ce dispositif – mais les sommes en question sont plus modestes que celles auxquelles songeait très probablement M. Dharréville lorsqu'il mentionnait l'article 40 ! Je le répète : il s'agit d'une mesure essentielle, qui renforcera considérablement le lien entre les territoires, en particulier ceux qui ont besoin de soignants, et les étudiants. Elle permettra peut-être aussi aux étudiants de prendre conscience plus tôt de la mission de service public qui leur incombe, quels que soient les modes d'exercice qui seront les leurs dans le futur, à partir du moment où ils s'engagent dans les études en santé.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Guillaume Garot, pour soutenir l'amendement n° 1151.

**M. Guillaume Garot.** Je voudrais saluer l'ouverture d'esprit du rapporteur, d'ailleurs suivi par le Gouvernement, pour faire aboutir cet amendement que nous défendons. De quoi s'agit-il ? Nous voulons démocratiser l'accès aux études médicales. Le constat est le suivant : de nombreux jeunes qui, dans l'idéal, voudraient se tourner vers des études de médecine, se disent finalement que ce n'est pas pour eux, car leur famille n'aura pas les moyens nécessaires pour accompagner leur vie étudiante durant de longues années.

Le contrat d'engagement de service public vise donc à permettre à des jeunes d'origine sociale modeste, habitant en particulier dans des territoires sous-dotés, qu'ils soient ruraux ou urbains, d'embrasser la carrière médicale en se lançant dans les études médicales. Un tel contrat est réciproque : la nation accompagne financièrement l'étudiant qui, en contrepartie, ira exercer, une fois diplômé, là où on a besoin de lui. C'est le principe de l'engagement, et c'est un très beau principe républicain.

Pour le moment, cette possibilité n'existe qu'en quatrième ou cinquième année d'études, et nous avons obtenu qu'il soit possible de s'y engager dès la deuxième année. Nous aurions voulu aller plus loin, mais nous nous sommes mis d'accord là-dessus. C'est un pas en avant, une avancée qu'il faut saluer ; en effet, je le répète, cette mesure permettra d'avantage de jeunes, quels que soient leur origine et le lieu où ils habitent, de devenir médecins. Je vous le dis, monsieur le ministre : il n'y a pas de crise des vocations. *(MM. Jérémie Patrier-Leitus et Philippe Vigier applaudissent.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir l'amendement n° 1152.

**M. Philippe Vigier.** Guillaume Garot et Frédéric Valletoux ont très bien souligné l'importance du CESP. Je me souviens de l'époque où Marisol Touraine était assise au banc du Gouvernement ; elle avait déclenché ce dispositif qui est monté doucement en puissance, avant de s'effriter, malheureusement, au fil du temps. Son ouverture dès la deuxième année, au lieu de la quatrième, va être déterminant, et je vous remercie d'avoir compris l'intérêt d'une telle avancée. Il faudra aussi informer les étudiants, mais c'est un vrai contrat de confiance que nous passons avec eux – et je sais que Hadrien Clouet y est aussi très attaché.

Nous en parlions avec Stéphanie Rist, et ce n'est pas révéler un secret que de le dire : je fais partie de ceux qui ont pu faire ces longues études, et je sais que toutes les familles ne peuvent pas se le permettre. C'est donc une perspective que nous ouvrons ; d'une certaine manière, ce sera pour chaque territoire l'occasion de faire confiance à des hommes et à des femmes qui auront choisi d'embrasser ces métiers, dont nous savons, monsieur le ministre, qu'ils connaissent des problèmes d'attractivité et une crise des vocations. Puisque vous aimez bien utiliser l'expression « boîte à outils », je vous le dis : c'est là un des outils majeurs que nous pourrions utiliser au sein des facultés, auprès des étudiants, pour les encourager.

D'ailleurs, un tel système existe déjà : quand on réussit le concours de Polytechnique, on est payé par l'État pour faire ses études ; ensuite, on lui doit dix ans !

**M. Jean-François Rousset.** Mais on peut les racheter !

**M. Philippe Vigier.** Et les études d'infirmière, elles aussi, sont rémunérées ! On pourrait aussi évoquer les instituteurs et, sur ce point, on a anticipé mes propos : nous voulions promouvoir l'idée plus large, à laquelle j'imagine que Pierre Dharréville est très attaché, d'une école des métiers de la santé. Elle se développerait un peu sur le modèle des écoles nationales d'instituteurs, les fameuses écoles normales primaires que nous avons connues il y a une quarantaine d'années et où, après avoir passé le bac – Erwan Balanant, en tant qu'enseignant émérite, le sait –,...

**M. Pierre Cazeneuve.** Il n'a pas le bac, si ? *(Sourires.)*

**M. Philippe Vigier.** ...on était formé tout en étant rémunéré. Généraliser ce dispositif à certains métiers serait aussi le moyen de créer de la confiance autour des piliers essentiels que sont l'éducation et la santé. C'est donc une belle avancée que nous accomplissons cet après-midi. *(M. Guillaume Garot applaudit.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Hadrien Clouet, pour soutenir l'amendement n° 1153.

**M. Hadrien Clouet.** J'abonderai dans le sens de mes collègues. Les études de médecine et l'accès aux professions de santé demeurent très inégalitaires, on le sait et on a déjà eu l'occasion de le dire. Même l'école de commerce française la plus fermée est plus ouverte qu'une fac de médecine, pour ce qui est de l'accès aux études ! Dans les facs de médecine, il y a 5 % d'enfants d'ouvriers ! À l'inverse, 70 % des pères d'étudiantes ou d'étudiants en médecine – l'origine des mères est un peu plus diverse – appartiennent à la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures. Ce milieu est très fermé socialement, inaccessible, et c'est le cas pour de

nombreuses raisons qui ont déjà été évoquées : l'autocensure, bien sûr, mais aussi les parcours scolaires initiaux et le déficit de formation scientifique.

Mais je mettrai de côté ces aspects pour me concentrer sur un point, celui qui a trait à la sécurité matérielle : partir faire des études occasionne des dépenses en matière de logement et de transport, et parfois des frais privés pour se mettre à niveau et réussir à suivre le contenu de l'enseignement ; bref, cela coûte très cher et explique cette sélection sociale très violente. Par conséquent, tout ce qui va dans le sens de l'extension aux milieux populaires de l'accès aux études de médecine est crucial, au nom – évidemment – de la justice sociale : la médecine ne doit pas être un métier de classe, et il ne devrait même pas être nécessaire de le justifier.

Mais une deuxième raison peut être invoquée : on sait aussi que les jeunes issus de milieux populaires, lorsqu'ils se lancent dans les études de médecine, restent sur leur territoire d'origine, parce qu'ils y ont des proches, des liens, une famille, parce qu'ils y ont construit leurs relations affectives et amoureuses. Or ces territoires, ce sont des déserts médicaux. Ouvrir les études de médecine à des personnes issues de milieux populaires, c'est garantir leur installation à certains endroits, et donc une répartition optimale des médecins sur le territoire ; ce n'est pas le cas lorsqu'on fait de ces études un parcours à caractère élitiste, réservé à une infime minorité de la population. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LFI-NUPES.*)

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Favorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Monsieur Dharréville, ces amendements vont certes entraîner un coût supplémentaire, mais l'enjeu est tel que l'on ne peut qu'y être favorable. (*Mme Stéphanie Rist applaudit.*)

**M. Pierre Dharréville.** J'aurais aimé l'entendre à propos d'autres sujets !

**Mme Stéphanie Rist.** Le coût ici n'est pas de 15 milliards d'euros !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Pierre Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** Quand vous parlez comme ça, monsieur le ministre, vous me plaisez beaucoup. J'aurais aimé entendre le même propos sur d'autres sujets.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Ce n'est pas tous les jours votre anniversaire ! (*Sourires sur divers bancs.*)

**M. Pierre Dharréville.** C'est vrai. Pour poursuivre la réflexion, j'aimerais savoir si vous avez en tête des objectifs sur la progression du nombre de contrats qui seront signés au cours des années à venir. Avez-vous fait des projections ?

Quoi qu'il en soit, la mesure risque d'avoir une portée limitée si elle ne s'accompagne pas d'une augmentation du nombre de places au concours et de médecins formés dans les prochaines années. Nous devons donc réfléchir à la façon d'augmenter sensiblement le nombre d'étudiants formés aux professions médicales. La suppression du numerus clausus, qui est loin d'avoir tout réglé, aurait même pu ne rien régler et n'être qu'une mesure symbolique : la légère progression du

nombre d'étudiants constatée n'est pas suffisante. C'est pourquoi je me permets de vous interpeller en cette occasion car les deux sujets vont de pair.

Hadrien Clouet est revenu sur un autre point que j'avais moi-même abordé : il serait nécessaire de mieux faire connaître ces processus afin de faire sauter les barrières culturelles qui se sont installées, afin d'inciter à s'engager dans ce type d'études tous ceux qui souhaiteraient le faire mais en sont découragés.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Nous n'avons pas obtenu la régulation hier, mais le ministre et le rapporteur ont accepté un dialogue franc et direct sur les propositions que nous faisons et en ont accepté certaines. Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté celle-ci.

Si nous voulons que des médecins s'installent dans déserts médicaux sans faire de la régulation, nous devons démocratiser les études de médecine et faire en sorte que des jeunes issus de déserts médicaux se lancent dans ce type de formation. Quand on interroge les médecins installés dans les déserts médicaux sur leur parcours de vie, on se rend compte que 90 % d'entre eux viennent de territoires ruraux. Si nous voulons éviter la coercition et la régulation à long terme, nous devons aider les jeunes ruraux à faire des études de médecine. Comme le rappelait Philippe Vigier, les écoles normales d'instituteurs avaient jadis permis de former des bataillons d'instituteurs venant ensuite travailler dans les territoires ruraux. Monsieur le ministre, j'espère que nous pourrions travailler ensemble à cette démocratisation, à ces écoles normales de la santé que prône le groupe de travail transpartisan. (*M. Erwan Balanant applaudit.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Damien Maudet.

**M. Damien Maudet.** Comme mes collègues, je me réjouis de votre avis favorable sur ces amendements, mais je pense qu'il faudra ouvrir ce CESP dès la première année, celle du concours, qui clive et fracture le plus : 70 % des étudiants qui passent en deuxième année ont des parents appartenant aux catégories socioprofessionnelles supérieures, les CSP+.

Dès la première année, il y a une différence entre ceux qui peuvent s'offrir une prépa et ceux qui ne le peuvent pas, entre les parents qui sont perdus dans les difficultés et les autres, sachant que le niveau maximum des bourses se situe autour de 500 euros. Il faudra donc songer à ouvrir, dès la première année, des financements au-delà des seules bourses pour les étudiants qui veulent faire médecine, sinon, malgré les avancées, on en reviendra au même constat : la même proportion d'enfants issus des CSP+. Les enfants des classes les plus populaires doivent aussi pouvoir étudier dignement dès la première année. (*M. Sébastien Rome applaudit.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Pour un étudiant non issu d'un milieu favorisé, la difficulté tient surtout à la longueur des études, car la première année est la plus sélective dans tous les cursus.

**M. Erwan Balanant.** Oui !

**M. Yannick Neuder.** L'intérêt du CESP est de permettre de s'inscrire dans la longueur de ce cursus, où les étudiants, même lorsqu'ils sont rémunérés en tant qu'externes à partir de la quatrième année, perçoivent à peine plus de 200 euros par mois.

**M. Ian Boucard.** Il a totalement raison !

**M. Maxime Minot.** Eh oui !

**M. Yannick Neuder.** À partir de 23 ou 24 ans, comme il est compliqué de vivre avec les 200 ou 300 euros mensuels que rapportent les gardes d'externe, ils sont tous obligés de prendre un travail complémentaire.

**M. Maxime Minot.** C'est moins que le RSA !

**M. Yannick Neuder.** En effet, c'est moins que le RSA. Et lorsqu'ils sont internes, ils perçoivent environ 1 900 euros. Quant aux parents, ils peuvent en général aider leurs enfants au cours des premières années mais ils ont du mal à tenir sur la durée. C'est pourquoi j'approuve cette mesure. *(M. Ian Boucard applaudit.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thierry Frappé.

**M. Thierry Frappé.** Nous sommes très favorables au CESP, mais à partir de la deuxième année. En première année, le parcours professionnel de l'étudiant n'est pas encore construit.

**M. Erwan Balanant.** Ce n'est pas le débat !

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Les amendements prévoient de l'appliquer à partir de la deuxième année !

**M. Thierry Frappé.** C'est bien ce que je dis, mais je réponds au collègue d'en face qui parlait du coût des études et de la formation en première année. Je reconnais que cette première année pose un problème, mais je ne pense pas que l'on puisse le résoudre avec CESP car, à ce stade, les étudiants n'ont pas encore déterminé leur parcours professionnel.

*(Les amendements identiques n° 1148, 1151, 1152 et 1153 sont adoptés.) (Applaudissements sur de nombreux bancs des groupes RE, LFI-NUPES, Dem, SOC, HOR et Écolo-NUPES.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thierry Frappé, pour soutenir l'amendement n° 534.

**M. Thierry Frappé.** Proposé par mon collègue Salmon, il vise à préciser l'ordre de priorité dans la signature du CESP prévu à l'article L. 632-6 du code de l'éducation. En accordant la priorité aux étudiants de nationalité française ou aux ressortissants de l'Union européenne, cette mesure vise à garantir que les opportunités offertes par le CESP profitent en premier lieu aux étudiants nationaux, qui sont en mesure de contribuer directement à la résolution des déserts médicaux sur le territoire national. Il est essentiel de s'assurer que les efforts déployés pour lutter contre les 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.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Il est évidemment défavorable. Puisqu'il est question de démocratisation des études de santé, je rappelle qu'un jeune médecin a sept chances sur dix de s'installer dans un désert médical s'il est lui-même issu de ce type de territoire. Dans le cadre du PLFSS, je vais travailler avec Stéphanie Rist sur d'autres mesures pour favoriser le choix de telles études par les jeunes ayant ce profil. Je tiens

également à rappeler que c'est cette majorité qui a fait sauter le fameux *numerus clausus* pour en faire un *numerus apertus*, ce qui n'est pas rien : le nombre d'étudiants a déjà augmenté de 15 %. Pour ne pas dégrader la qualité des études de médecine, nous nous employons aussi à augmenter le nombre des enseignants pour faire face à une croissance encore plus importante du nombre d'étudiants.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Kévin Mauvieux.

**M. Kévin Mauvieux.** Cet amendement qui peut paraître anecdotique...

**M. Pierre Dharréville.** Il n'est pas du tout anecdotique !

**M. Nicolas Sansu.** Il est surtout identitaire !

**M. Kévin Mauvieux.** ...ne l'est en réalité pas tant que ça. Le ministre émet un avis défavorable, mais il explique ensuite, à raison, qu'on a sept chances sur dix qu'un étudiant issu d'un désert médical ou d'un territoire rural revienne s'y installer. Cet amendement tend donc simplement à inscrire dans la loi que le CESP bénéficiera en priorité aux locaux puisqu'ils reviennent s'installer localement dans sept cas sur dix. En fait, même s'il peut sembler peu important à première vue, cet amendement corrobore les propos du ministre. La logique voudrait qu'il soit adopté.

*(L'amendement n° 534 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Sur l'article 5, je suis saisie par le groupe Horizons et apparentés d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Thierry Frappé, pour soutenir l'amendement n° 533.

**M. Thierry Frappé.** Il vise à compléter l'article de mise en place des CESP. L'objectif est de préciser le contenu du contrat auprès des jeunes professionnels pour leur permettre de connaître préalablement le secteur d'activité et les diverses missions auxquels il s'applique. Actuellement, certains professionnels sont en effet déçus par l'exercice de ce CESP, qui ne répond pas à leur souhait de développer certaines compétences dans un domaine précis. Nombre de contractants déplorent notamment l'absence de référent et de formalisation du parcours professionnel.

*(L'amendement n° 533, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 994 de M. Lionel Vuibert est défendu.

*(L'amendement n° 994, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Christine Loir, pour soutenir l'amendement n° 38.

**Mme Christine Loir.** Il s'agit de faire passer de deux à quatre ans la durée minimale due par un jeune soignant ayant recours à un CESP, l'objectif final étant de favoriser l'installation définitive de ces professionnels de santé sur nos territoires.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?



**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Ce serait un frein à la signature de ces CESP, donc contraire à ce que nous souhaitons. En outre, comme je vous l'avais déjà indiqué en commission, on s'aperçoit que les étudiants qui ont signé des CESP le font déjà pour une durée moyenne de quatre ans.

**M. Jocelyn Dessigny.** Cela ne coûte rien de l'inscrire dans la loi !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Les faits répondent à votre souhait. Avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Même avis.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Kévin Mauvieux.

**M. Kévin Mauvieux.** Votre argument est assez étrange, monsieur le rapporteur : vous commencez par dire que le passage de deux à quatre ans serait un frein à la signature des CESP, avant d'indiquer que la durée moyenne des contrats est déjà de quatre ans. Ce ne serait donc pas un frein.

En termes d'incitation à rester sur le territoire, un médecin a plus de chance de s'enraciner en quatre ans qu'en deux ans : il aura une femme avec sans doute un emploi sur place, des enfants à la garderie et à l'école, des amis. Il y a donc davantage de chance de conserver ce médecin sur le territoire et d'éviter qu'il s'en aille au bout de « seulement » deux ans. C'est une garantie supplémentaire de garder le médecin sur le territoire concerné, et la mesure n'a rien de répulsif puisque la durée moyenne est déjà naturellement de quatre ans.

*(L'amendement n° 38 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Timothée Houssin, pour soutenir l'amendement n° 532.

**M. Timothée Houssin.** Déposé par mon collègue Emeric Salmon, il vise à favoriser la communication autour des CESP, afin que ces derniers soient davantage connus des étudiants. Je profite de l'occasion pour interroger une nouvelle fois le ministre : quels sont vos objectifs chiffrés, à long terme, en la matière ? Chacun sait que le nombre de contrats sera limité. Or, en faire une large promotion n'a pas forcément d'intérêt si le nombre de contrats signés n'a pas vocation à augmenter.

Par ailleurs, l'amendement dont il est question ici vise à prévoir la promotion de ce dispositif dans l'enseignement supérieur, c'est-à-dire, par définition, auprès d'étudiants ayant déjà choisi leur orientation. Il importe d'étendre cette communication aux lycées, en particulier à ceux situés dans des déserts médicaux, pour faire savoir aux lycéens que, s'ils s'engagent dans des études de médecine – probablement avec l'intention de revenir ensuite dans leur territoire d'origine –, ils pourront bénéficier de ce contrat, dont l'existence n'est pour l'heure pas du tout connue dans ces établissements.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Même avis.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Kévin Mauvieux.

**M. Kévin Mauvieux.** Permettez-moi de revenir sur le vote qui vient d'avoir lieu. Je ne comprends pas ce manque de cohérence – je ne fais pas référence ici au rapporteur, mais, plus généralement, aux députés qui prennent part aux votes : nous avons longuement débattu, hier, d'un amendement visant à contraindre les médecins à s'installer dans des déserts médicaux,...

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Vous avez voté contre !

**M. Jocelyn Dessigny.** C'est pareil pour vous : vous votez contre aujourd'hui alors que vous aviez voté pour hier !

**M. Kévin Mauvieux.** ...alors même que ces praticiens n'ont – pardonnez-moi l'expression – rien demandé. Mais quand nous proposons d'allonger la durée d'une contrainte formalisée dans un contrat volontairement signé par un jeune médecin à la fin de ses études, il n'y a plus personne pour voter l'amendement ! J'ai le sentiment, en réalité, que vous avez préféré débattre hier d'une disposition un peu démagogique, laissant ainsi croire à nos concitoyens que nous pourrions imposer aux médecins leur lieu d'installation, plutôt que d'adopter aujourd'hui une mesure qui pourrait fonctionner plus facilement, puisqu'il s'agit d'étendre un peu une contrainte déjà acceptée par des jeunes ayant signé un contrat durant leurs études. Cela me semble tout de même assez bizarre.

*(L'amendement n° 532 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 5.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	54
Nombre de suffrages exprimés .....	54
Majorité absolue .....	28
Pour l'adoption .....	52
contre .....	2

*(L'article 5, amendé, est adopté.)*

**Mme la présidente.** Sur l'amendement n° 156 et sur l'article 5 *bis*, je suis saisie par le groupe Les Républicains de demandes de scrutin public.

Les scrutins sont annoncés dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

### Article 5 bis

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder, pour soutenir l'amendement n° 156.

**M. Yannick Neuder.** Je crois que les divergences qui se sont exprimées dans cet hémicycle à propos de la coercition portent essentiellement sur le fait que le constat diffère, d'un groupe politique à l'autre, sur la nécessité de former davantage de médecins. La coercition ne saurait être envisagée quand le manque de médecins est criant. Afin de pallier ce manque, utilisons tous les leviers à notre disposition pour développer la formation.

Je ne reviendrai pas sur les débats relatifs au numerus clausus et au numerus apertus, mais, pour améliorer encore les capacités de formation permises par le numerus apertus, il importe que les objectifs d'admission soient définis, en

priorité, en fonction des besoins du territoire. Nous avons débattu de ces questions intéressantes en commission et avons eu l'occasion d'échanger sur ces points à différentes reprises. Il me semble qu'une bonne identification des besoins des territoires permettra de mieux adapter les possibilités qui seront offertes par le numerus apertus lorsqu'il fonctionnera à pleine capacité.

Une telle évolution nécessitera naturellement d'ouvrir des capacités de formation dans les universités ainsi que dans les différents terrains de stage. Je rappelle toutefois que ces dispositions ne s'appliqueront qu'à partir de la troisième année d'études, ce qui laissera suffisamment de temps pour organiser les choses si ces dispositions devaient entrer en vigueur rapidement. Une meilleure identification des besoins permettra de multiplier les stages chez les acteurs de la médecine libérale, dans les cliniques ou dans les cabinets médicaux, et de mobiliser des maîtres de stage en nombre suffisant pour former les étudiants.

Il me semble en tout cas important de donner la priorité aux besoins locaux : la France, qui est constituée aussi bien de territoires de plaine que de métropoles ou de régions montagneuses, n'est pas homogène. Nous avons été plusieurs à souligner que le meilleur moyen d'accroître la densité médicale consiste à former des jeunes issus des territoires concernés afin qu'ils s'y installent à l'issue de leurs études. J'estime donc que mon amendement est un amendement de bon sens.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** L'examen de cet amendement est l'occasion de prolonger le débat que nous avons entamé en commission. L'idée de départ est bonne. J'ai toutefois déposé un autre amendement, n° 704, qui sera examiné juste après le vôtre, dont l'adoption permettrait de mieux répondre à votre souhait et dont la rédaction me semble plus efficace, puisqu'il vise à affirmer que le critère des besoins de santé du territoire primera sur celui des capacités de formation. L'idée exprimée étant identique à la vôtre, dans une rédaction à mes yeux plus pertinente, je vous propose de retirer votre amendement au profit du suivant – ce qui me permet de signifier à la présidente que j'ai défendu ce dernier.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 704 de M. le rapporteur a donc été défendu.

Quel est l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements ?

**M. François Braun, ministre.** Avis favorable sur les deux amendements.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder.

**M. Yannick Neuder.** Cette discussion est à la fois intéressante et un peu triste. Je remercie le ministre d'émettre des avis favorables sur des amendements de l'opposition, surtout lorsqu'il s'agit d'amendements de bon sens. Je constate d'ailleurs que son attitude diffère de celle de la ministre déléguée qui l'a précédé au banc : tout à l'heure, lorsque nous avons présenté des amendements visant, dans la lignée des discussions ayant eu lieu dans le cadre de l'examen du PLFSS pour 2023 et en commission des affaires sociales, à prévoir que les médecins coordonnateurs puissent devenir les médecins traitants de patients résidant en Ehpad, Mme Firmin Le Bodo a répondu que l'idée était bonne, mais que les amendements étaient mal rédigés et

devaient être écartés au profit de celui de la majorité, prétendument bien meilleur. C'était là, clairement, une stratégie politicienne visant à rejeter un amendement de l'opposition.

M. Braun se montre beaucoup plus honnête en étant favorable à l'amendement n° 156. Car je veux bien qu'on joue sur les mots, monsieur le rapporteur, mais vous vous contentez, dans l'amendement n° 704, de reprendre les propos que j'ai tenus en commission en les reformulant. Je ne sais pas à quel jeu vous jouez. En tout cas, je tiens à défendre ici des idées de bon sens : pour rendre le numerus apertus le plus efficace possible, il faut tenir compte des besoins des territoires. Je regretterai donc que mon amendement soit rejeté pour des raisons purement politiques.

**M. Ian Boucard.** Bravo !

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** M. Neuder est convaincant (« Ah ! » sur les bancs des groupes LR et HOR) et j'entends son propos. N'inventons pas des conflits qui n'ont pas lieu d'être : j'ai expliqué, dans ma précédente intervention, que nous étions d'accord sur le fond et que ma réserve portait uniquement sur un détail juridique et sur une question de rédaction. Ne nous arrêtons pas à des détails : je retire l'amendement n° 704 et émets un avis favorable à l'amendement n° 156. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LR et HOR et sur quelques bancs du groupe RN.*)

(L'amendement n° 704 est retiré.)

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 156.

(Il est procédé au scrutin.)

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	43
Nombre de suffrages exprimés .....	42
Majorité absolue .....	22
Pour l'adoption .....	41
contre .....	1

(L'amendement n° 156 est adopté.)

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 5 bis.

(Il est procédé au scrutin.)

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	42
Nombre de suffrages exprimés .....	33
Majorité absolue .....	17
Pour l'adoption .....	33
contre .....	0

(L'article 5 bis, amendé, est adopté.)

#### Après l'article 5 bis

**Mme la présidente.** Je suis saisie de deux amendements portant article additionnel après l'article 5 bis, n°s 689 et 686, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n° 689.

**M. Pierre Dharréville.** Si vous le permettez, madame la présidente, je le défendrai en même temps que l'amendement n° 686, qui s'inscrit dans le même esprit. Ces deux amendements d'appel visent à soulever les questions de l'organisation des formations et de leur territorialisation. L'objectif est de faire en sorte que les capacités de formation futures ne soient pas contraintes par les seules capacités de formation existantes, mais puissent être définies en fonction des besoins, dans le but d'y répondre au mieux. Ces capacités devraient en outre mieux s'appuyer sur les territoires, ce qui permettrait de moins éloigner les étudiants des zones où ils vivent et où ils pourraient ensuite être amenés à s'implanter. Comment envisagez-vous les évolutions à venir en matière d'organisation des formations ?

**Mme la présidente.** L'amendement n° 686 de M. Yannick Monnet vient d'être défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Il est défavorable, votre demande étant satisfaite par le dispositif que nous venons d'adopter.

*(L'amendement n° 689, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

*(L'amendement n° 686, repoussé par le Gouvernement, est adopté.)*

**Mme la présidente.** Sur les amendements identiques n°s 73 et 795, je suis saisie par le groupe Renaissance d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus, pour soutenir l'amendement n° 989.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** Déposé par notre collègue Lionel Vuibert et cosigné par plusieurs députés de la majorité, il vise à démythifier les formations médicales, trop souvent considérées comme inaccessibles par beaucoup d'élèves et d'étudiants, et à les rendre attractives dès le plus jeune âge, notamment en zone rurale. Repérer les futurs professionnels de santé dès l'entrée au collège permettrait d'identifier et de cultiver les talents et les intérêts précoces des enfants pour les sciences, la biologie ou la médecine. Une telle ambition peut se concrétiser par des programmes scolaires spécialisés, par des activités parascolaires axées sur la santé, ou encore par des stages ou des mentorats dans des établissements de santé. Enfin, un tel dispositif permettrait de répondre au manque de médecins en zone rurale, dans la mesure où il serait plus aisé pour des élèves originaires de ces territoires d'y revenir.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Si votre intention est louable, les dispositifs existants – je pense par exemple aux cordées de la réussite – permettent déjà d'aborder et de valoriser les métiers de la santé dès le stade des études secondaires. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

*(L'amendement n° 989, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Timothée Houssin, pour soutenir l'amendement n° 1016.

**M. Timothée Houssin.** Cet amendement d'appel vise à confier au ministère de l'éducation nationale la mission de promouvoir, en lien avec le ministère de la santé, les études de médecine dans les lycées situés dans des déserts médicaux. Chacun sait que l'existence de liens familiaux et amicaux joue un rôle primordial dans le choix du lieu d'installation des jeunes médecins : ils constituent une motivation à s'installer pour 70 % d'entre eux. À l'heure actuelle, certains jeunes médecins, pour des raisons qui leur appartiennent – il ne s'agit pas de les juger –, ne souhaitent pas s'installer dans des territoires qu'ils jugent peu attractifs. Or former des médecins issus de territoires sous-dotés permettrait d'y faciliter leur installation à long terme.

Par ailleurs, dans certaines zones géographiques, des lycéens, en raison de leur milieu social d'origine et malgré un niveau scolaire élevé, se fixent des limites et s'interdisent d'envisager des études de médecine, car leur entourage ne s'est pas orienté vers des études longues. Il importe donc de promouvoir les études de médecine dans ces lycées et de présenter tous les moyens d'accompagnement disponibles pour aider ces futurs jeunes étudiants.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Nous avons eu cette discussion en commission : il ne semble pas nécessaire d'inscrire dans la loi la promotion des études de médecine – il en va de même pour d'autres secteurs. Afin de ne pas prolonger la discussion, je ne reviens pas sur les initiatives qui ont déjà été prises.

L'avis de la commission est donc défavorable.

*(L'amendement n° 1016, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jérémie Patrier-Leitus, pour soutenir l'amendement n° 1015.

**M. Jérémie Patrier-Leitus.** La loi dispose actuellement que les stages en dernière année de médecine sont effectués en priorité dans les déserts médicaux. Nous savons quelle est la situation actuelle : il y a plus de stagiaires que de terrains de stage et les étudiants s'orientent en priorité vers les zones surdotées. Par cet amendement, je propose de changer le mécanisme : au lieu d'énoncer une simple priorité, on pourvoierait d'abord les stages dans les déserts médicaux, puis dans les autres zones. Cela me paraît être un moyen de remédier à la crise des déserts médicaux. Il ne s'agit pas de forcer les étudiants à y aller, mais actuellement, dans les territoires ruraux, certains médecins se proposent d'encadrer des stagiaires mais ne parviennent pas à trouver des étudiants.

*(L'amendement n° 1015, repoussé par la commission et le Gouvernement, est adopté.) (Applaudissements sur quelques bancs du groupe RN. – M. Guillaume Garot applaudit également.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de trois amendements, n°s 67, 66 et 64, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Yannick Neuder, pour les soutenir.

**M. Yannick Neuder.** Je défendrai également les amendements n<sup>os</sup> 66 et 64. Je ne suis pas sûr que l'adoption de l'amendement n<sup>o</sup> 1015 change quelque chose. En fait, beaucoup d'autres paramètres entrent en compte dans le choix de ces stages. Il faut le rappeler, les internes déménagent tous les six mois. Les étudiants ne choisissent pas simplement un lieu, mais prennent en considération les mesures d'accompagnement, les logements et leur prix. Les tensions sur le marché du logement sont très variables selon les endroits. Je suis issu d'une région qui partage une frontière avec la Suisse, et je peux vous dire que les internes ne se logent pas pour le même prix à Annecy ou dans le Cantal.

Par ailleurs, la médecine générale est malheureusement la spécialité pour laquelle il y a le moins de maîtres de stage, quand il en faudrait 24 000. L'objectif de ces amendements est de favoriser le recrutement afin d'augmenter le nombre de maîtres de stage, de simplifier les dossiers, d'opérer, en somme, un choc de simplification pour que tout médecin généraliste qui a envie d'œuvrer pour son territoire, d'accueillir des internes dans des bonnes conditions, puisse le faire sans trop de bureaucratie, de paperasserie. L'objectif est de donner envie aux jeunes médecins de travailler dans ces territoires, et à terme, je l'espère, de s'associer avec leurs maîtres de stage dans des maisons médicales, par exemple. La simplification permettrait d'accroître le nombre de maîtres de stage, car je ne sais pas si certains d'entre vous ont déjà rempli un dossier pour devenir maître de stage, mais c'est une tâche particulièrement lourde, presque autant que remplir un dossier de demande de financement auprès du Fonds européen de développement régional (Feder).

**M. Erwan Balanant.** Il ne faut pas exagérer !

**M. Yannick Neuder.** Avez-vous déjà essayé ?

**M. Erwan Balanant.** C'est certainement très compliqué, mais tout de même...

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Nous travaillons déjà à une nouvelle formation de la maîtrise de stage universitaire, avec davantage d'*e-learning*, pour qu'accomplir cette formation soit beaucoup plus facile pour les maîtres de stage. L'accès aux formations a déjà été simplifié ; les conditions d'agrément ont été assouplies par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS). Toute université et tout organisme habilité peuvent désormais former un praticien à la maîtrise de stage universitaire. Le champ s'est donc largement élargi et la procédure est beaucoup plus simple.

C'est pourquoi l'avis du Gouvernement est défavorable.

*(Les amendements n<sup>os</sup> 67, 66 et 64, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)*

**Mme la présidente.** Sur l'amendement n<sup>o</sup> 1184, je suis saisie par le groupe Renaissance d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. Timothée Houssin, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 253.

**M. Timothée Houssin.** On vient d'affirmer qu'il faut faire des déserts médicaux des lieux prioritaires pour les stages. Encore faut-il qu'il y ait des maîtres de stage, notamment en médecine de ville. Pour atteindre ces objectifs, l'amendement n<sup>o</sup> 253 vise à alléger l'impôt sur le revenu pour les médecins maîtres de stage dans les déserts médicaux, afin de les inciter à prendre des internes qui pourront les épauler et renforcer l'offre de soins dans ces zones. On le sait, la réalisation d'un stage dans une zone sous-dotée peut aussi favoriser, à terme, l'installation du médecin dans ce territoire.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 253, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Stéphanie Rist, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 1184.

**Mme Stéphanie Rist.** Il concerne la santé mentale et physique des étudiants de troisième cycle que sont les internes en médecine, en pharmacie ou en odontologie et les sages-femmes en sixième année d'études. Ces étudiants en troisième cycle accomplissent des stages qui durent généralement six mois, et ils se déplacent donc tous les six mois, ce qui rend quasiment impossible leur suivi médical. Ils ne pensent pas à le faire et, même quand ils y pensent, ils ont du mal à se faire suivre. Si cet amendement est adopté, les établissements de santé dans lesquels les étudiants réalisent leur stage deviendront responsables de leur santé mentale et physique.

**M. Jean-François Rousset.** Très bien !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 1184, qui a reçu un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	55
Nombre de suffrages exprimés .....	54
Majorité absolue .....	28
Pour l'adoption .....	54
contre .....	0

*(L'amendement n<sup>o</sup> 1184 est adopté.) (« Bravo ! » et applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n<sup>o</sup> 997 de M. Lionel Vuibert est défendu.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 997, ayant reçu un avis défavorable de la commission et du Gouvernement, est retiré.)*

**Mme la présidente.** Les amendements n<sup>os</sup> 873 et 875 de M. Henri Alfandari sont successivement défendus.

*(Les amendements n<sup>os</sup> 873 et 875, ayant reçu un avis défavorable de la commission et du Gouvernement, sont successivement retirés.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de dix amendements, n<sup>os</sup> 1147, 1149, 1155, 1156, 1157, 1163, 1166, 539, 50 et 935, pouvant être soumis à une discussion commune.

Sur les amendements identiques n<sup>os</sup> 1147, 1149, 1155, 1156, 1157, 1163 et 1166, je suis saisie par les groupes Renaissance et Horizons et apparentés d'une demande de scrutin public.

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

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 1147.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Ces amendements sont issus des travaux en commission et des échanges avec ceux qui, autour de Guillaume Garot, ont réfléchi sur ces sujets. Je voudrais également saluer l'apport de tous les commissaires aux affaires sociales qui ont participé à ces débats. Il s'agit d'encourager l'orientation des lycéens issus des déserts médicaux vers les études de santé, à travers une expérimentation pilotée par le ministère de l'éducation nationale dans trois académies volontaires. Une option santé y serait proposée aux élèves des classes de première et de terminale de la voie générale, dans les lycées des territoires les plus sous-dotés.

Je me réjouis de cette initiative qui fait converger les analyses des uns et des autres dans une démarche relevant de l'expérimentation et de l'appel à projets. Les acteurs les plus concernés par le problème des déserts médicaux y participeront, aussi cette démarche devrait-elle être fructueuse.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jean-François Rousset, pour soutenir l'amendement n° 1149.

**M. Jean-François Rousset.** Cet amendement vise à expérimenter la création, dans les lycées et les territoires ruraux très touchés par le manque de professionnels de santé, d'une option santé afin d'inciter leurs élèves à entreprendre des études médicales et paramédicales. L'orientation vers les études de santé est un des axes de réponse aux problèmes que pose la démographie médicale.

Ce sont les étudiants issus de la ruralité qui sont le plus susceptibles de retourner chez eux. De nombreux pays, comme le Canada, l'Australie ou la Norvège, ont axé leur politique de formation médicale autour de cet objectif de diversification territoriale. Ils ont prouvé qu'il s'agit d'une des solutions contre la pénurie de professionnels de santé dans ces territoires.

C'est un modèle qui fonctionne dans la troisième circonscription de l'Aveyron, du fait d'une coordination entre le recteur, les acteurs locaux, les équipes pédagogiques et la direction académique des services de l'éducation nationale (Dasen).

Nous avons créé en six mois une option santé au lycée Jean-Vigo de Millau. Très concrètement, les élèves bénéficieront dès la rentrée 2023 d'heures d'enseignement visant à les préparer à la première année d'études de médecine. C'est le meilleur moyen de susciter des vocations. Les élèves qui s'inscrivent aujourd'hui dans les options santé seront les professionnels de santé de demain.

L'objectif de cet amendement est d'étendre cette initiative qui marche à l'ensemble du territoire, en commençant par une expérimentation dans d'autres départements.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Guillaume Garot, pour soutenir l'amendement n° 1155.

**M. Guillaume Garot.** L'amendement parachève les travaux que nous avons menés en commission. Une nouvelle fois, je me réjouis que nous ayons pu travailler ensemble, de façon constructive, avec le rapporteur. Nous visons, là encore, la démocratisation de l'accès aux études de médecine.

Rappelez-vous, Jean-Louis Bricout avait défendu, dans le cadre de notre groupe transpartisan, un amendement tendant à créer des écoles normales de la santé. Philippe Vigier le disait, il faut donner une impulsion forte au niveau national, comme on l'a fait au sortir de la guerre pour les instituteurs. On s'est mis d'accord sur une expérimentation dans trois académies, qui repose sur une idée toute simple, répondant à la préoccupation qu'exprimait Damien Maudet : c'est dès le lycée qu'il faut permettre à des jeunes de se projeter dans la carrière médicale et donc, pour y accéder, dans les études médicales. C'est comme ça qu'on y arrivera. Je vous invite à voter à l'unanimité cette mesure de justice sociale.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Vigier, pour soutenir l'amendement n° 1156.

**M. Philippe Vigier.** Comme vient de le dire Guillaume Garot, je tiens à remercier Frédéric Valletoux et le ministre d'avoir entendu notre souhait d'accroître la sensibilisation des jeunes aux métiers de la santé. Cela existe déjà dans d'autres domaines, par exemple avec les options de langues ou les sections européennes proposées par certains lycées, qui permettent à des jeunes de s'engager dans des cursus conduisant vers des métiers auxquels ils n'avaient pas pensé jusque-là.

Cette sensibilisation en terminale est une disposition formidable. Jean-François Rousset, à plusieurs reprises, s'est fait l'écho de ce qu'on pourrait appeler le miracle du Lot et de l'Aveyron. Il n'y a donc pas de fatalité. Il faut tout essayer – il faudra un jour essayer la régulation... Pour l'heure, il faut au moins tenter de mieux faire connaître ces métiers, et ce d'autant plus que, après la crise de la covid, nous avons été témoins de formidables élans de générosité, non seulement de la part des soignants, mais aussi de jeunes, étudiants ou élèves en première ou en terminale, venus spontanément assurer des permanences pour accueillir la population dans les centres de vaccination.

En s'appuyant sur cet engouement, cette proposition fait sens parce qu'elle montre que la société peut leur offrir d'embrasser le chemin des métiers de la santé, qui est l'un des plus beaux qui soient.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Hadrien Clouet, pour soutenir l'amendement n° 1157.

**M. Hadrien Clouet.** Beaucoup a déjà été dit. L'accès aux études de santé présente deux volets : nous avons déjà débattu du volet matériel et conclu que, si les élèves de certaines classes sociales n'accédaient pas aux études de santé, c'était en partie en raison de leur coût. Les inégalités de revenus sont donc un facteur expliquant les difficultés d'accès aux études de santé.

Nous abordons cette fois le volet culturel et symbolique. Certains jeunes, qui auraient les capacités scolaires et les moyens financiers de suivre des études de santé, ne s'y engagent pas, soit par méconnaissance des voies d'accès à ces études et de leur contenu, soit parce qu'ils ne s'estiment pas capables de suivre le cursus.

L'amendement vise à lever ces deux obstacles en prévoyant l'instauration, à titre expérimental, d'une option santé dans les lycées, afin de permettre à chaque jeune de s'interroger sur son avenir – à l'heure de Parcoursup, ça peut être angoissant – et, le cas échéant, de choisir de suivre des études de santé en sachant ce qui les attend. Il s'agit donc de rassurer les jeunes et de sécuriser leur parcours académique pour soutenir très concrètement les ambitions qu'ils nourrissent.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Naïma Moutchou, pour soutenir l'amendement n° 1163.

**Mme Naïma Moutchou.** C'est un amendement auquel le groupe Horizons et apparentés tient beaucoup, car s'il est évidemment nécessaire de préparer et d'encourager l'installation des futurs médecins – ce dont nous parlons souvent –, il faut avant tout susciter des vocations chez les jeunes.

J'ai eu connaissance d'une expérimentation très intéressante, menée depuis 2021 au lycée de Saint-Céré, dans le Lot, à l'initiative de la communauté de communes – et je profite de cette occasion pour saluer la mobilisation des collectivités locales et l'action des maires qui, partout sur le territoire, sont engagés dans le combat contre les déserts médicaux. Le lycée Jean-Lurçat propose en effet une option santé gratuite en classe de première et de terminale, afin de sensibiliser les jeunes aux études de santé et de susciter des vocations. Les premiers résultats sont si encourageants que d'autres collectivités locales se sont depuis inspirées du dispositif.

L'amendement vise à élargir et professionnaliser cette expérimentation, et j'espère qu'il sera adopté à l'unanimité. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe HOR.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Sébastien Peytavie, pour soutenir l'amendement n° 1166.

**M. Sébastien Peytavie.** Je me réjouis des suites qui seront données à ces amendements identiques. Lors des travaux du groupe de travail, notre collègue Jean-François Rousset nous avait fait part d'une initiative dans son département de l'Aveyron, et j'avais donc partagé à mon tour l'expérimentation menée dans le département du Lot. Il est aujourd'hui essentiel de sensibiliser les jeunes aux études de santé, et je me réjouis d'avance de l'adoption de ces amendements.

J'en profite pour aborder un autre élément relatif aux études de santé : la question des concours. Depuis que les oraux d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) ont été supprimés, on constate une perte très importante du nombre d'étudiants au cours de la première année, ce qui pèse mécaniquement sur le nombre d'étudiants formés par la suite. Pour avoir fait passer de telles épreuves orales pendant neuf ans, je peux vous assurer qu'elles permettaient de déceler chez les candidats les aptitudes qui, au-delà des résultats scolaires, étaient nécessaires pour exercer le métier d'infirmier, et donc de sélectionner au mieux les futurs étudiants ; il arrivait ainsi que, sur vingt-cinq candidats entendus dans la journée, nous n'en retenions aucun. Il faudrait donc réfléchir à réinstaurer de telles épreuves.

**M. Pierre Dharréville.** C'est vrai.

**M. Sébastien Peytavie.** Aux pertes de la première année s'ajoutent les biais introduits par Parcoursup : en effet, beaucoup d'étudiants intègrent des Ifsi hors de leur région d'origine. Lors de mon hospitalisation à Limoges, j'en ai parlé avec des jeunes diplômés qui m'ont expliqué que 30 % de leur promotion avaient abandonné leurs études au cours du premier semestre, et que la moitié des jeunes fraîchement diplômés choisissaient de repartir dans leur région d'origine et ne restaient pas exercer dans le territoire où ils avaient fait leur stage. Il faudra donc trouver des solutions pour y remédier, sans parler du gros problème avec Parcoursup.

**M. Guillaume Garot.** Ça, c'est sûr ! Ce n'est pas ce que vous avez fait de mieux !

**Mme la présidente.** La parole est à M. Thierry Frappé, pour soutenir l'amendement n° 539.

**M. Thierry Frappé.** Il vise un objectif similaire, puisqu'il prévoit l'accompagnement des étudiants dans leur préparation au concours d'entrée aux écoles des professions de santé, afin d'améliorer les chances d'accéder à ces études considérées comme difficiles. Il prévoit donc l'instauration à titre expérimental, dans deux départements comportant des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante et pour une durée de quatre ans, d'une option santé pour les élèves de terminale. L'amendement prévoit également que le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant le bilan de l'expérimentation et les perspectives de généralisation à l'ensemble du territoire.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Yannick Neuder, pour soutenir l'amendement n° 50.

**M. Yannick Neuder.** Il se situe dans la droite ligne de nos discussions. Les échanges avec l'éducation nationale et les lycées sur les besoins des territoires sont une bonne initiative, que l'on doit souvent – cela a été rappelé – aux élus locaux. On trouve des initiatives similaires dans d'autres secteurs, sous la forme des Campus des métiers et des qualifications, qui permettent de suivre des formations qualifiantes dès le début du collège et jusqu'à sept ans après le bac – et donc d'atteindre un niveau d'études similaire à celui des étudiants en médecine.

Si nous voulons réellement renforcer l'expérimentation de l'option santé au lycée, il convient de prévoir l'accompagnement à la préparation du concours permettant de passer en deuxième année de médecine. Sensibiliser davantage les jeunes aux études de santé dès le lycée est une bonne idée, mais attention à ne pas susciter des vocations qui seraient ensuite déçues. Comme cela a été dit, les vocations ne sont pas mortes, tant s'en faut : j'en veux pour preuve les statistiques de Parcoursup, qui montrent bien que l'orientation vers les professions médicales et paramédicales reste la plus demandée. Seulement, sans augmentation du numerus apertus et du nombre d'étudiants en deuxième année – quel que soit le mode de sélection d'ailleurs, même si, à terme, il faudra remplacer le concours par un examen – nous ferons des déçus.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 935 de Mme Naïma Moutchou est défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Favorable aux amendements identiques n° 1147, 1149, 1155, 1156, 1157, 1163 et 1166, qui prévoient un dispositif qui me semble satisfaire les préoccupations exprimées dans les amendements n° 539, 50 et 935, dont je demande par conséquent le retrait. Il me semble que les amendements identiques peuvent faire l'unanimité.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Je tiens à saluer le travail mené par la majorité et les oppositions au sein du groupe de travail transpartisan, et je salue tout particulièrement Jean-François Rousset et Naïma Moutchou, dont l'expérience a permis aux travaux d'aboutir à un dispositif tout à fait satisfaisant.

Je demande à leurs auteurs de bien vouloir retirer les amendements n° 539, 50 et 935, au profit des amendements n° 1147 et identiques, auxquels je donne un avis favorable, et sur lesquels je lève le gage.

**Mme la présidente.** Si je puis me permettre, monsieur le ministre, vous ne pouvez pas lever le gage. Il se trouve que vous avez innové, en déposant un amendement après l'expiration du délai, indiquant ainsi les intentions du Gouvernement – qui n'est pas soumis à l'application de l'article 40 ; bien qu'ayant ensuite retiré cet amendement, vous avez de cette façon permis aux députés de déposer des amendements qui lui étaient identiques.

**M. François Braun, ministre.** C'est trop compliqué pour moi! (*Sourires.*)

**M. Pierre Dharréville.** C'est habile! (*Sourires.*)

**Mme Stéphanie Rist.** Ce n'est pas nouveau non plus...

**M. Maxime Minot.** C'est une magouille, donc!

**Mme la présidente.** Je ne peux pas vous laisser dire cela, cher collègue. C'est simplement une disposition un peu nouvelle.

**M. Erwan Balanant.** Mais non, pas du tout!

**Mme la présidente.** La parole est à M. Nicolas Sansu.

**M. Nicolas Sansu.** Monsieur le ministre, je vous invite à suggérer à vos collègues du Gouvernement de faire comme vous sur tous les textes, cela simplifiera les choses! (*Sourires. – M. Hadrien Clouet applaudit.*)

Nous voterons bien entendu en faveur de ces amendements d'expérimentation, mais je tiens à exprimer deux petites préventions. Tout d'abord, avoir suivi l'option santé permettra-t-il d'être mieux classé par l'algorithme de Parcoursup? La généralisation de cette nouvelle option aura des conséquences, ne l'oublions pas.

**M. Damien Maudet.** Bonne question!

**M. Nicolas Sansu.** Ensuite, comment comptez-vous vous assurer que les lycéens en bac général ayant suivi l'option santé ne prendront pas toutes les places des élèves en bac technologique sciences et technologies de la santé et du social (ST2S) dans les formations sanitaires, sociales et paramédicales auxquelles ils peuvent prétendre? Il reste des sujets à étudier.

**M. Guillaume Garot.** C'est pour cette raison que, dans un premier temps, nous avons prévu une expérimentation.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Damien Maudet.

**M. Damien Maudet.** Je soutiens les amendements identiques, mais aussi M. le ministre, qui souhaite à tout prix lever l'article 40 dès qu'une occasion se présente. Je vous encourage, monsieur le ministre, à continuer sur votre lancée lors des prochains textes. (*Sourires et applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NUPES.*)

Donner envie aux jeunes de suivre des études de santé est essentiel et, à ce titre, nous soutiendrons les amendements visant à expérimenter l'instauration d'une option santé en terminale. Avec Hadrien Clouet, nous avons découvert l'expérimentation menée à Saint-Céré, dans le Lot, à l'occasion d'une réunion publique organisée à Soulomès, chez notre collègue des Républicains, Aurélien Pradié: c'est toute la beauté du travail transpartisan. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe LFI-NUPES.*) Les élèves comme leurs professeurs semblaient très satisfaits de l'expé-

rimentation, et son élargissement à d'autres lycées devrait permettre à davantage d'élèves de s'orienter vers des études de santé.

C'est une bonne illustration de la capacité de la nation à orienter les politiques éducatives vers des objectifs communs. Alors qu'on parle souvent de fracture, nous avons ici l'occasion de concrétiser le vivre-ensemble en permettant à tous les jeunes d'aspirer à suivre des études de santé et, plus largement, de rebâtir ensemble une politique pour notre système de santé. (*Mêmes mouvements.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Timothée Houssin.

**M. Timothée Houssin.** Nous avons eu hier un débat clivant sur l'opportunité de contraindre les médecins à s'installer dans certains territoires. Notre opposition n'était pas purement dogmatique: une telle mesure nous semblait simplement avoir davantage d'effets négatifs que positifs, puisqu'elle aurait découragé les jeunes médecins de suivre la spécialité généraliste.

**M. Erwan Balanant.** Dès qu'il faut avoir du courage, zéro!

**M. Jocelyn Dessigny.** Tu parles de courage, mais tu n'en as même pas un échantillon sur toi!

**M. Timothée Houssin.** Le dispositif prévu par les amendements du groupe de travail transpartisan que nous examinons aujourd'hui est beaucoup plus intéressant et me semble de nature à recueillir l'unanimité de tous les bancs. Notre groupe avait d'ailleurs, lui aussi, déposé plusieurs amendements visant à démocratiser davantage les études de médecine et à encourager les lycéens étudiant dans des déserts médicaux à s'engager dans ces études.

Aujourd'hui, force est de constater que certains territoires n'attirent pas les médecins. Or l'attractivité d'un territoire ne se décrète pas. Connaissant les limites des mesures incitatives, et sachant que nous avons vu hier qu'il était impossible de contraindre les jeunes médecins à s'installer dans certains territoires, la meilleure solution semble d'encourager les plus brillants élèves des déserts médicaux à suivre des études de médecine et à s'installer ensuite dans ces territoires où, pour y avoir grandi, ils auront envie de rester – c'est prouvé. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe RN.*)

**M. Grégoire de Fournas.** Excellent!

**Mme la présidente.** La parole est à M. Ian Boucard.

**M. Ian Boucard.** Comme notre collègue Yannick Neuder l'a précisé, nous soutiendrons, nous aussi, tous les amendements tendant à susciter les vocations.

Je voudrais néanmoins insister sur un point: la majorité se vante sans cesse d'avoir remplacé le numerus clausus par un numerus apertus – ce qui est évidemment bien mieux, comme l'a rappelé Yannick Neuder –...

**M. Erwan Balanant.** Vous en convenez un peu tard!

**M. Ian Boucard.** ...mais elle semble oublier que la suppression du numerus clausus était une décision collégiale. (*M. Philippe Vigier s'exclame.*)

Merci de vous manifester, monsieur Vigier, mais vous avez fait partie de beaucoup de majorités qui, elles, n'ont pas pris cette mesure!

**M. Grégoire de Fournas.** On s'en souvient!

**M. Ian Boucard.** Trêve d'interpellations : nous souffrons d'un déficit cruel de médecins. Tant que nous n'en aurons pas suffisamment, ouvrons grand les portes ! Yannick Neuder l'a proposé : organisons des examens, afin que tout étudiant dont les notes franchissent un certain seuil accède à l'année suivante. L'incitation fonctionnera alors d'autant mieux !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 1147, 1149, 1155, 1156, 1157, 1163 et 1166.

*(Il est procédé au scrutin.)*

**Mme la présidente.** Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants .....	65
Nombre de suffrages exprimés .....	65
Majorité absolue .....	33
Pour l'adoption .....	65
contre .....	0

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 1147, 1149, 1155, 1156, 1157, 1163 et 1166 sont adoptés ; en conséquence, les amendements n<sup>os</sup> 539, 50 et 935 tombent.) (Applaudissements sur divers bancs.)*

### Article 6

**Mme la présidente.** La parole est à M. Maxime Laisney.

**M. Maxime Laisney.** Cet article vise à accorder aux groupes hospitaliers de territoire la qualité de personne morale et le pouvoir d'adopter le budget des établissements qui les composent. Nous voterons contre, car la création des GHT s'est souvent traduite, sous prétexte de rationalisation, par la fermeture de services, voire la fusion forcée d'hôpitaux. En Seine-et-Marne, où se situe la circonscription du rapporteur, je connais bien l'exemple du GHEF, le grand hôpital de l'Est francilien, dont la naissance s'est traduite par la suppression de 280 postes. Par « grand hôpital », il ne faut d'ailleurs pas entendre que les bâtiments sont de grandes dimensions, mais qu'ils se trouvent répartis entre quatre sites – Meaux, Jossigny, Jouarre et Coulommiers – distants, en voiture, de quarante-cinq minutes si l'on veut éviter les péages, et entre lesquels est forcé de circuler le personnel de certains services en tension ; inversement, toutes les unités ne se retrouvant pas sur tous les sites, un patient ira ici ou là, selon qu'il a « la rate qui se dilate » ou « le foie qu'est pas droit ».

Dans le cadre de l'opération #Alloségur menée par notre groupe, ma collègue Ersilia Soudais et moi-même avons pu constater que l'éloignement de la direction posait également problème. Le directeur se trouve à Meaux ; il n'est évidemment pas médecin, mais il a la haute main sur le budget, sur les ressources humaines, sur plus de 2 000 lits et sur 5 500 personnels. Les patients ne s'en portent pas forcément mieux. En 2019, nous a expliqué l'un des personnels rencontrés, 84 % de ceux qui présentaient une fracture du col du fémur étaient opérés dans les temps, c'est-à-dire au plus tard quarante-huit heures après le traumatisme ; en 2021, ce chiffre était tombé à 43 %.

Aux GHT, nous préférons donc les CHU, les centres hospitaliers universitaires. Hier, un modeste amendement de régulation a été rejeté dans cet hémicycle. Or, afin de lutter contre la désertification médicale, il convient de former les médecins localement : lorsqu'ils ont passé à un endroit leurs dix années d'études, ils s'y sont enracinés et tendent à y

rester. Pour améliorer l'offre de soins à la fois en milieu hospitalier et en ville, il faut donc, je le répète, moins de GHT et plus de CHU ! *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe LFI-NUPES.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. Pierre Dharréville, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 696.

**M. Pierre Dharréville.** Tout d'abord, l'article 6 n'est pas nécessairement bienvenu au sein d'un texte dont je rappelle l'intitulé : « Proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels ». Mais là n'est pas l'essentiel. Certains ont la volonté de restructurer l'offre hospitalière et de pousser plus loin encore la constitution de GHT, dont nous n'avons pourtant pas tiré toutes les leçons et qui n'est pas forcément concluante. En 2021, Marc Delatte et moi avons consacré à ce sujet un rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) : cette première évaluation des GHT avait mis en évidence des points problématiques dans la mise en œuvre comme dans les résultats, ce qui mériterait d'être étudié. Or vous nous proposez, je le répète, d'aller plus loin en faisant des GHT des personnes morales ! Nous avons d'ailleurs, dans notre rapport, examiné cette possibilité sans y souscrire.

En réalité, deux personnes morales ne pouvant se superposer, le fait que les GHT reçoivent cette qualité aurait pour effet de la retirer aux établissements qui les composent. Ils y perdraient donc leur autonomie, pour peu qu'elle existe encore. Je suis favorable à la coopération entre hôpitaux, mais si les hôpitaux deviennent de simples annexes, on change de registre ! En outre, cela poserait des problèmes concrets, y compris concernant les relations sociales au sein d'un même établissement. Le GHT de mon territoire, peut-être le plus grand de France, regroupe quinze hôpitaux : est-il possible d'imaginer qu'ils cessent de constituer des personnes morales ? Nous nous opposons donc catégoriquement à cette mesure. *(Applaudissements sur les bancs du groupe GDR-NUPES, ainsi que sur quelques bancs du groupe LFI-NUPES.)*

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Je vais m'efforcer de rassurer M. Dharréville.

**M. Pierre Dharréville.** Ce sera difficile !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** En effet, mais j'essaierai tout de même ! Concernant la forme, l'engagement territorial des acteurs inclut la gouvernance hospitalière. L'article prévoit certes la possibilité, pour les GHT les plus matures, d'un cran supplémentaire, mais il n'obligera personne à franchir le pas ! Le statut de personne morale d'un GHT permettrait à ses membres de former des projets communs, de répondre ensemble à des demandes d'autorisation concernant des équipements, de mutualiser diverses fonctions supports : vous connaissez tout cela.

Est également prévue la possibilité de restaurer certains pouvoirs du conseil de surveillance et, par conséquent, des acteurs qui y siègent. Actuellement, ce conseil est sinon une chambre d'enregistrement, du moins une enceinte où l'on discute beaucoup sans décider de grand-chose : ses membres continueraient de discuter, mais ils décideraient d'options stratégiques pour l'établissement. Ce serait là un engagement territorial des acteurs,...

**M. Pierre Dharréville.** Des professionnels !



**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** ...des professionnels, en effet. Concernant le fond, la possibilité, pour un GHT, de se doter de la qualité de personne morale n'exclut pas que les instances des hôpitaux qui le composent continuent de fonctionner !

**M. Pierre Dharréville.** Si ! Deux personnes morales ne peuvent se superposer !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Non : chacun conservera son conseil de surveillance, ses instances de dialogue social, sa commission médicale d'établissement.

**M. Pierre Dharréville.** Avec quel interlocuteur ?

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** L'article ne changera rien, sinon qu'il permettra aux GHT qui le souhaiteraient de franchir une étape supplémentaire. Enfin, puisque c'est votre anniversaire,...

**M. Pierre Dharréville.** Mon anniversaire, mais pas ma fête !  
(Sourires.)

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** ...je ne résiste pas au plaisir de citer, comme vous, de grands auteurs : « Étudier les modalités d'une personnalité juridique très souple et limitée pour faciliter le portage de projets au sein des GHT, à la condition qu'elle ne se substitue pas à la personnalité juridique des établissements parties », telle était la recommandation n° 11 du rapport que vous avez corédigé en 2021. C'est aussi exactement ce que je propose,...

**M. Pierre Dharréville.** Ah non ! C'est tout le contraire !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Mais si, je suis désolé ! Avis défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. François Braun, ministre.** Même avis.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Stéphanie Rist.

**Mme Stéphanie Rist.** Il importe de retenir les leçons du covid-19 : dans les GHT qui fonctionnent, par exemple celui de mon département...

**M. Pierre Dharréville.** Ce n'est pas le sujet !

**Mme Stéphanie Rist.** Toujours est-il que, durant l'épidémie, heureusement que ce GHT existait ! Je prêtais main-forte à la régulation du Samu : il fallait réguler non seulement les patients mais aussi le matériel, et nous avons pu constater l'efficacité de cette structure. Par ailleurs, les membres de certains GHT souhaitent aller plus loin et ont quasiment déjà fusionné. Nous devons nous adapter à la diversité des territoires, au plus près d'eux : c'est tout l'enjeu de la proposition de loi. En outre, puisque c'est votre anniversaire, monsieur Dharréville,...

**M. Pierre Dharréville.** Décidément, ça va me faire cher, à l'arrivée !

**Mme Stéphanie Rist.** ...d'autres grands auteurs – il s'agit d'un rapport de la Cour des comptes – ont fait état de l'intérêt qu'il y aurait pour les patients à ce que les GHT atteignent le stade de la personne morale, car leur existence améliore l'accès aux soins de ceux qui résident le plus loin d'un CHU. Il conviendrait de lire également ce texte !  
(Applaudissements sur quelques bancs du groupe RE.)

**Mme la présidente.** La parole est à M. Nicolas Sansu.

**M. Nicolas Sansu.** Monsieur le ministre, monsieur le rapporteur, il n'est pas vrai que cette mesure n'aurait aucune conséquence, sinon positive. Si les GHT deviennent des personnes morales, il n'y aura plus de conseil de surveillance dans les hôpitaux,...

**Mme Laurence Cristol.** C'est faux !

**M. Nicolas Sansu.** ...ou du moins celui-ci n'aura-t-il plus aucun pouvoir. Ne soyons pas dupes. Cessez de tourner autour du pot : ce sont là les prémices de la transformation du GHT en un établissement unique, dont les anciens membres deviendront les annexes et les antennes. Vous souhaitez bien – c'est écrit – une direction unique : un poste vacant de directeur d'hôpital reviendra automatiquement au directeur de l'établissement support du GHT auquel cet hôpital appartient. Dès lors, les établissements secondaires n'existeront plus !

**Mme Stéphanie Rist.** C'est faux !

**M. Nicolas Sansu.** Pour ne citer qu'un exemple de ce que j'avance, l'hôpital du Blanc a commencé par avoir la même direction que celui de Châteauroux : sa maternité a alors fermé !

**Mme Stéphanie Rist.** Cela n'a rien à voir !

**M. Nicolas Sansu.** Cela a tout à voir ! Il y a là un réel problème. On me dit même que les fonctions du conseil de surveillance reviendraient au comité territorial des élus locaux : sincèrement, c'est une blague ! Si vous faites des GHT des personnes morales, les petits hôpitaux se retrouveront démunis...

**Mme Stéphanie Rist.** Encore une fois, c'est faux !

**M. Nicolas Sansu.** ...en attendant d'être absorbés, ce qui entraînera encore plus de fermetures de services et d'éloignement de nos concitoyens. Je prends date : en faisant cela, vous poursuivrez, non pas l'aménagement, mais le déménagement du territoire !  
(M. Maxime Laisney applaudit.)

**Mme la présidente.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Pardonnez-moi, madame la présidente, de prolonger la discussion, mais je ne peux laisser tenir des propos tels que ceux de M. Sansu.

**Mme Christine Le Nabour.** Bien sûr !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** Tout d'abord, l'article ne prévoit que la possibilité de la transformation du GHT en personne morale, et ce, à l'unanimité des établissements qui le composent. Cette transformation, je le répète, n'enlève rien aux instances de ces établissements. Ensuite, on mélange beaucoup de choses : la fermeture de la maternité de l'hôpital du Blanc n'a rien à voir...

**M. Nicolas Sansu.** Si !

**Mme Stéphanie Rist.** Il n'y a pas assez de médecins, c'est là que réside le problème !

**M. Frédéric Valletoux, rapporteur.** ...avec le fait qu'il a fusionné avec celui de Châteauroux. Il conviendrait plutôt d'examiner les conditions dans lesquelles le service était rendu, si les médecins y étaient en nombre suffisant pour que les accouchements aient lieu en toute sécurité. Pour vous en convaincre, je vais à mon tour vous donner un exemple, qui devrait plaire à Maxime Laisney, car il se situe aussi en Seine-et-Marne. Lui en connaît bien la partie nord, et moi la

partie sud : dans celle-ci, nous avons fusionné trois établissements, dont deux disposaient de maternités, qui continuent toutes les deux – y compris la petite maternité de Montereau-Fault-Yonne – de vivre !

**M. Maxime Laisney** et **M. Pierre Dharréville**. Fusionné ?

**M. Frédéric Valletoux**, *rapporteur*. Il ne s'agit pas de la même démarche que lors de la constitution des GHT, mais d'un choix !

**M. Pierre Dharréville**. C'est la première étape : le pied dans la porte !

**M. Nicolas Sansu**. Bien sûr !

**M. Frédéric Valletoux**, *rapporteur*. L'hôpital de Château-roux-Le Blanc résulte effectivement d'une fusion, mais il faut arrêter de penser que la coopération entre hôpitaux entraîne forcément un nivellement par le bas et un rétrécissement de l'offre hospitalière ! Chaque territoire présente un cas de figure différent. Encore une fois, ne mélangeons pas tout : l'article prévoit une possibilité, un droit dérogatoire, non un mouvement général de fusion.

*(L'amendement n° 696 n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente**. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

#### ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

**Mme la présidente**. Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :

Suite de la discussion de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

La séance est levée.

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

*Le directeur des comptes rendus*

Serge Ezdra