

MARDI 4 JUIN 2019

Questions orales

Organisation du système de santé
(Procédure accélérée - Suite)

SOMMAIRE

QUESTIONS ORALES.....	1
<i>Création d'une unité médico-judiciaire à Bayonne</i>	1
M. Max Brisson	1
Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice	1
<i>Projet de code européen de droit des affaires</i>	1
M. Richard Yung	1
Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice	1
<i>Maisons d'arrêt de Béthune et Vendin-le-Vieil</i>	2
M. Michel Dagbert	2
Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice	2
<i>Places d'hébergement en Seine-Saint-Denis</i>	2
Mme Éliane Assassi	2
Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice	3
<i>Sécurisation des pratiques dans les salles de sport</i>	3
M. Michel Savin	3
Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports	3
<i>Régroupement des fédérations françaises de cyclisme et de cyclotourisme</i>	3
M. Jean-Jacques Lozach	3
Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports	4
<i>Lutte contre les pesticides</i>	4
M. Philippe Madrelle	4
Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports	4
<i>Agriculture biologique à Mayotte</i>	4
M. Thani Mohamed Soilihi	4
Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports	5
<i>Conduite des seniors</i>	5
M. Claude Nougein	5
M. Laurent Nunez, secrétaire d'État auprès du ministre de l'intérieur	5
<i>Obligation de quitter le territoire français</i>	6
M. Bernard Bonne	6
M. Laurent Nunez, secrétaire d'État auprès du ministre de l'intérieur	6
<i>Fixation de la prestation de compensation liée à la perte d'autonomie</i>	6
Mme Catherine Deroche	6
Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé	7
<i>Offre de soins dans les hôpitaux publics de la Mayenne</i>	7
M. Guillaume Chevrollier	7
Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé	7

<i>Avenir de l'homéopathie</i>	8
M. Jean-Louis Tourenne	8
Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé	8
<i>Centre périnatal de proximité de l'Arbresle</i>	9
M. Gilbert-Luc Devinaz	9
Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé	9
<i>Devenir des comptables publics</i>	9
Mme Cathy Apourceau-Poly	9
Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé	10
<i>Avenir des trésoreries</i>	10
M. Daniel Chasseing	10
Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé	10
<i>Dématérialisation des marchés publics</i>	11
M. Jean-Marc Boyer	11
Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé	11
<i>Dotation de solidarité rurale</i>	11
M. Laurent Duplomb	11
Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé	12
<i>Crise budgétaire des missions locales en Île-de-France</i>	12
Mme Sophie Taillé-Polian	12
Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire	12
<i>Structures d'accueil de jeunes</i>	12
Mme Monique Lubin	12
Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire	13
<i>Renouvellement des concessions hydroélectriques</i>	13
M. Jean-Yves Roux	13
Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire	13
<i>Navigation fluviale dans les Ardennes</i>	14
M. Marc Laménie	14
Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire	14
<i>Fermetures de gares et guichets de la SNCF dans le Calvados</i>	14
Mme Corinne Féret	14
Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire	15

<i>Relations commerciales au sein des réseaux de distribution dans le secteur du bricolage</i>	15
M. Michel Canevet	15
M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse	15
<i>Protection des abeilles contre les frelons asiatiques</i>	15
Mme Patricia Morhet-Richaud	15
M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse	15
<i>Privatisation d'Aéroports de Paris et garanties</i>	16
M. Laurent Lafon	16
M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse	16
<i>Difficultés dues à la réforme de la taxe de séjour</i>	16
M. Mathieu Darnaud	16
M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse	16
<i>Mission de contrôle de l'obligation scolaire</i>	17
Mme Catherine Fournier	17
M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse	17
<i>Langues régionales au baccalauréat</i>	17
Mme Dominique Estrosi Sassone	17
M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse	17
<i>Transfert des biens des communes dans le cadre d'une commune nouvelle</i>	18
Mme Catherine Fournier, en remplacement de Mme Sylvie Vermeillet	18
M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement	18
<i>Difficultés du SDIS de Seine-Maritime</i>	18
Mme Agnès Canayer	18
M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement	18
<i>Exercice d'une fonction élective pendant un arrêt maladie</i>	19
M. Éric Gold	19
M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement	19
<i>Taxe sur les droits de passage des opérateurs de télécommunications</i>	19
Mme Catherine Morin-Desailly	19
M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement	19
<i>Avenir des zonages</i>	20
Mme Anne-Catherine Loïsier	20
M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement	20

<i>Avenir des grands syndicats d'eau et d'assainissement</i>	20
M. Daniel Laurent	20
M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement	20
<i>Difficultés d'Aquitanis</i>	21
Mme Florence Lassarade	21
M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement	21
RAPPEL AU RÈGLEMENT	21
Mme Nathalie Goulet	21
MISES AU POINT AU SUJET DE VOTES	21
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (<i>Procédure accélérée - Suite</i>)	21
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	21
ARTICLE 2 (<i>Suite</i>)	21
ARTICLE 2 <i>BIS</i>	29
ARTICLE ADDITIONNEL	37
ARTICLE 2 <i>TER</i>	38
Mme Cathy Apourceau-Poly	38
ARTICLES ADDITIONNELS	40
ARTICLE 3	41
M. Yves Daudigny	41
Mme Agnès Buzyn, ministre	41
ARTICLE ADDITIONNEL	43
ARTICLE 3 <i>BIS A</i>	43
ARTICLES ADDITIONNELS	43
ARTICLE 3 <i>BIS</i>	44
ARTICLE 4	45
Mme Laurence Cohen	45
Mme Michelle Gréaume	45
M. Bernard Jomier	45
Mme Colette Mélot	45
M. Hervé Maurey	46
ARTICLES ADDITIONNELS	49
ÉCHEC EN CMP	53
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (<i>Procédure accélérée - Suite</i>)	54
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	54
ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 4 (<i>Suite</i>)	54
ARTICLE 4 <i>BIS</i>	62
ARTICLES ADDITIONNELS	64
ARTICLE 4 <i>TER</i>	66

ANNEXES.....	68
<i>Ordre du jour du mercredi 5 juin 2019</i>	68
<i>Analyse des scrutins publics</i>	68

SÉANCE du mardi 4 juin 2019

98^e séance de la session ordinaire 2018-2019

PRÉSIDENTE DE MME HÉLÈNE CONWAY-MOURET,
VICE-PRÉSIDENTE

SECRÉTAIRES :

M. ÉRIC BOCQUET, M. GUY-DOMINIQUE KENNEL.

La séance est ouverte à 9 h 30.

Le procès-verbal de la précédente séance, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.

Questions orales

Mme la présidente. – L'ordre du jour appelle 36 questions orales.

Création d'une unité médico-judiciaire à Bayonne

M. Max Brisson. – La carte de la médecine légale ignore Bayonne. L'institut médico-judiciaire le plus proche se situe à Bordeaux, à 200 km. Pourtant, l'activité du TGI de Bayonne est telle que les acteurs, depuis 2014, ont mis sur pied une unité médico-judiciaire, de fait et non financée, qui repose sur la bonne volonté du centre hospitalier de Bayonne et de plusieurs médecins libéraux.

Un projet de création d'une unité de victimologie, adossée à une véritable unité médico-judiciaire fait l'objet d'échanges, depuis plusieurs années, avec la Chancellerie. Il serait un pôle officiel avec des moyens propres pour proposer une prise en charge de qualité des victimes d'infractions pénales, faciliter le lien entre la victime et les services d'enquête et faire en sorte que des plaintes soient prises de manière systématique et détaillée.

Requérant des moyens modestes et allant dans le sens d'une plus grande attention aux victimes, ce projet, en dépit de nombreux courriers, semble à l'arrêt.

Madame la ministre, est-il concevable d'envoyer, pour expertise, des victimes et des cadavres à Bayonne à l'heure de la justice du XXI^e siècle ?

Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice. – Le schéma directeur de la médecine légale, instauré par les circulaires de 2010 et 2012, s'appuie sur un principe de rattachement des juridictions à des structures hospitalières dédiées à la médecine légale, lesquelles sont financées par un forfait annuel pris en charge par le ministère de la Justice. Les juridictions qui ne sont pas rattachées à

ces structures font appel à des réseaux de proximité - urgences hospitalières, médecins libéraux, association de médecins, dont les interventions sont payées à l'acte sur le budget des frais de justice de la juridiction.

Le schéma directeur, établi en fonction des pratiques et des besoins, dispose que le TGI de Bayonne relève, pour la thanatologie, de Bordeaux et, pour la médecine légale du vivant, du réseau de proximité. Ce dernier est financé : entre 2016 et 2018, 159 150 euros ont été versés au centre hospitalier, soit 50 000 euros en moyenne par an. À ce jour, la Chancellerie n'a pas reçu de demande de son intégration au schéma directeur. Si tel était le cas, tous les acteurs locaux seraient évidemment consultés.

M. Max Brisson. – Le réseau de proximité, qui repose sur la bonne volonté des praticiens, est fragilisé par l'état de la médecine libérale dans notre pays.

D'après les responsables du centre hospitalier de Bayonne, une demande de rattachement a bien été adressée à la Chancellerie. Je leur transmettrai votre réponse.

Projet de code européen de droit des affaires

M. Richard Yung. – Le projet de code européen de droit des affaires, qui émane de la société civile, est porté par la fondation pour le droit continental et l'association Henri Capitant. Le but est de rendre plus accessible aux citoyens, aux entreprises, cette matière essentielle aux échanges économiques, à la mise en œuvre du marché intérieur et au rayonnement de l'Union européenne.

Rapprocher les droits des affaires des États membres est une affaire complexe. Reste que leur disparité, et elles sont grandes en droit des hypothèques, droit de l'héritage et droit bancaire, affaiblit la position européenne dans la mondialisation et décourage les investisseurs étrangers. L'Afrique, elle, a créé un office pour l'harmonisation du droit des affaires qui englobe, pour le dire simplement, l'ensemble des pays de la zone franc. Nul besoin d'en dire, chacun est convaincu de l'intérêt de ce projet qui est facilité par le départ du Royaume-Uni puisqu'il ne reste, au sein de l'Union, que des pays de droit continental, sinon napoléonien.

Madame la ministre, quelles initiatives comptez-vous prendre pour soutenir ce projet ?

Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice. – Ce projet de code européen des affaires est une initiative intéressante de consolidation de l'acquis européen sous une forme lisible, en particulier par les petites et moyennes entreprises. Il s'accorde avec l'initiative de la Sorbonne du président de la République, exposée le 26 septembre 2017, pour donner une impulsion franco-allemande à l'Union européenne, qui s'est traduite par le traité d'Aix-la-

Chapelle du 22 janvier 2019. L'accord prévoit, en effet, une zone économique franco-allemande dotée de règles communes.

Mon ministère suit de près les travaux de la fondation pour le droit continental et de l'association Henri Capitant. Le projet de code est ambitieux, le droit des affaires regroupe de nombreuses matières : le droit commercial, le droit des sociétés, le droit des entreprises en difficulté ou encore le droit de la propriété intellectuelle. Le Premier ministre a confié une mission à la députée Valérie Gomez-Bassac pour identifier les domaines du droit des affaires à harmoniser, voire à codifier. C'est dire l'intérêt que le Gouvernement porte à ce projet qui contribuera à une Europe du droit au soutien de la croissance et des emplois de demain.

M. Richard Yung. – Je me réjouis de cette avancée franco-allemande, à laquelle d'autres pays devraient être associés. Le droit de la propriété intellectuelle et industrielle est déjà largement harmonisé mais beaucoup reste à faire.

Maisons d'arrêt de Béthune et Vendin-le-Vieil

M. Michel Dagbert. – Mon département du Pas-de-Calais compte de nombreuses prisons et maisons d'arrêt, dont celles de Béthune et de Vendin-le-Vieil.

La première connaît, depuis plusieurs années, une surpopulation très importante. Au début de l'année 2019, avec 355 détenus pour une capacité opérationnelle de seulement 180 places, elle présentait une densité carcérale de plus de 200 %. Cet établissement du XIX^e siècle couvre un périmètre très large : les secteurs des commissariats de Béthune et de Lens ainsi qu'une partie des secteurs des brigades de gendarmerie de Lille et Saint-Omer, soit 600 000 personnes. Cette situation entraîne une dégradation des conditions de vie des personnes incarcérées, notamment en ce qui concerne l'hygiène et l'intimité, et des conditions de travail des surveillants en butte à de nombreuses agressions - je vous en épargne la liste, la dernière date du 15 avril.

Quant à la maison d'arrêt de Vendin-le-Vieil, l'insécurité y est croissante. Elle a connu cinq incidents majeurs depuis sa mise en service en mars 2015, qui vont jusqu'à l'assassinat et la prise d'otages.

Madame la ministre, je sais combien vous êtes attentive à ces maisons d'arrêt où vous vous êtes rendu deux fois. Les détenus de la maison d'arrêt de Béthune, dans le cadre d'un aménagement de peines, devaient être accueillis à Vendin-le-Vieil. Or le bâtiment destiné à les recevoir, dont la capacité d'accueil est de 34 détenus, est inoccupé.

Pour m'être déplacé à de nombreuses reprises à Béthune et Vendin-le-Vieil, je veux rendre hommage à la mobilisation des équipes de direction et au professionnalisme du personnel. Madame la ministre,

que comptez-vous faire pour améliorer le sort des détenus et, surtout, les conditions de travail des agents ?

Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice. – La surpopulation carcérale n'est pas un phénomène nouveau. Tous les gouvernements ont échoué à appliquer le principe de encellulement individuel, qui figure dans le code de procédure pénale depuis 1875.

La densité carcérale est prégnante dans les maisons d'arrêt, où elle atteint en moyenne 143 %, alors qu'elle ne touche pas les centres de détention. En avril dernier, elle était de 203 % à Béthune, contre 60 % à Vendin-le-Vieil.

Dès ma nomination, je me suis attelée à résoudre cette question. La qualité de la prise en charge des détenus est une question de sécurité pour les détenus et les agents pénitentiaires, elle est aussi une condition de l'efficacité de la peine. À la demande du président de la République, j'ai apporté une réponse cohérente à travers le plan pénitentiaire : refonte de la politique des peines pour éviter l'incarcération quand elle n'est pas nécessaire - les dispositions correspondantes de la loi de réforme de la justice seront totalement effectives en mars 2020, création de 15 000 places dont 8 000 dès 2022. Enfin, la loi de réforme de la justice autorise l'affectation des détenus indépendamment de leur statut pénal, prévenu ou condamné, au regard de leur dangerosité pour une meilleure utilisation de la capacité d'accueil. Il faut mieux articuler la classification des établissements avec les régimes de détention associés.

Seule cette action structurelle et systémique permettra d'obtenir des résultats.

Places d'hébergement en Seine-Saint-Denis

Mme Éliane Assassi. – En avril dernier, j'ai visité Interlogement 93 dont dépend le service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) de la Seine-Saint-Denis. J'ai vu, sur le terrain, la détresse des personnes qui attendent des heures au téléphone pour se voir refuser une place d'hébergement et celle des « répondants » qui opposent des refus toute la journée.

Pour la première fois durant la dernière période hivernale, y compris dans les grands froids, le 115 de la Seine-Saint-Denis n'a pas pu couvrir toutes les demandes de mise à l'abri : 400 demandes n'ont pas été pourvues, dont la moitié provient d'enfants.

Le ministre de la Normandie avait annoncé, en mars dernier, une pérennisation des places hivernales. Seules 157 places sont mises à disposition du SIAO de Seine-Saint-Denis quand il en faudrait plus de 1 000. Le ratio de pérennisation est inférieur de 20 points au ratio francilien. Clairement, l'égalité républicaine est écornée. Le Gouvernement refuse de faire face à ses responsabilités en matière

d'hébergement, en renvoyant vers les collectivités territoriales. Limiter le nombre de places d'hébergement ne fera pas disparaître les personnes en grande détresse qui s'installent dans les hôpitaux, les halls d'immeuble et les parkings.

Alors que le Premier ministre s'est engagé pour l'égalité républicaine en Seine-Saint-Denis, que compte faire le Gouvernement ?

Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice. – La mise à l'abri des plus démunis est un enjeu de solidarité nationale. Des milliers de personnes dorment dans la rue et, tant que ce sera le cas, le Gouvernement devra agir avec humilité et détermination pour trouver une solution adaptée à toutes.

Jamais autant de moyens n'ont été consacrés à l'hébergement : cette année, 2 milliards d'euros. Sur les 6 000 places pérennisées à la sortie de l'hiver dernier, 160 l'ont été en Seine-Saint-Denis, ce qui porte à 500 le nombre de places pérennisées en deux ans. À Paris, ce nombre atteint 1 076 et le taux de places pérennisées par rapport aux places demandées est de 76 %, soit le même ratio partout en Île-de-France.

Le ministre de Normandie est particulièrement attentif à la répartition territoriale des places, il ne faut pas concentrer la mesure dans les territoires les plus en difficulté. Durant cette campagne hivernale, le Gouvernement a ainsi ouvert des sites dans des locaux des ministères du logement et des armées, en plein cœur du VII^e arrondissement de Paris. Le taux d'équipement en places d'hébergement est de 9,6 places pour 1 000 habitants en Seine-Saint-Denis, celui-ci est largement supérieur au taux d'équipement régional qui est de 6,9. La stratégie régionale de pérennisation des places hivernales vise à réduire ces déséquilibres des territoriaux, un objectif que poursuit également la gestion des réservations des nuitées hôtelières.

Mme Éliane Assassi. – Face à cette réalité, nous attendons des actes plus forts. Je ne suis pas la seule à le penser, les agents du SIAO 93 qui m'accompagnent aujourd'hui le pensent aussi.

Sécurisation des pratiques dans les salles de sport

M. Michel Savin. – En 2019, plus de 100 salles de sport devraient ouvrir rien qu'à Paris et dans la petite couronne parisienne. Plus de 17 millions de Français s'y rendent, contre 10 à 12 millions il y a cinq ans, pour un chiffre d'affaires estimé à 2,5 milliards d'euros annuels, contre 1 milliard en 2013.

La croissance de ces salles est une bonne chose mais pose des questions de santé publique et de sécurité. De grands groupes propriétaires proposent aux usagers des tarifs très bas, en réalisant des économies substantielles. Dans de nombreuses salles

de sport en libre accès, les activités ne sont ni accompagnées ni encadrées. Cela peut être dangereux ; la musculation, en particulier, est une véritable pratique à risque sur le plan technique.

Ces salles privées, où le pratiquant loue uniquement l'accès au matériel, échappent à la réglementation. Le recours au coaching virtuel dans ces espaces interroge sur la responsabilité et sa qualification juridique. Enfin, une question demeure, celle de la traçabilité des pratiquants, qui peuvent décider de mettre fin à leur abonnement pour des raisons médicales.

Cette tendance va s'accélérer ; de grands groupes, propulsés par de puissants fonds d'investissement, s'implantent. Comment le Gouvernement compte-t-il sécuriser ces pratiques ?

Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports. – Les centres de remise en forme répondent au désir des Français de faire du sport autrement dans une logique de santé, de bien-être et de détente.

Le code du sport, et l'obligation d'assurer la sécurité physique et morale des utilisateurs, s'y applique, y compris lorsqu'elles sont en accès libre. Plusieurs contrôles ont conduit, en 2018, à des rappels à la réglementation, voire à des fermetures de salle. Lorsque la capacité d'accueil maximale est supérieure à vingt personnes, un membre du personnel doit être présent durant les horaires d'ouverture.

Nous avons créé une norme Afnor, la XP S52-412, pour aider les propriétaires de salles de remise en forme à assurer une sécurité maximale des pratiquants et nous allons mettre en place un observatoire d'accidentologie du sport.

M. Michel Savin. – Des salles ont été fermées, c'est donc que le problème de sécurité est réel. Il faut mieux les encadrer.

Regroupement des fédérations françaises de cyclisme et de cyclotourisme

M. Jean-Jacques Lozach. – Deux fédérations nationales, chacune membre du comité national olympique et reconnues par le ministère des Sports, ont en charge le cyclisme en France. Ce cadre bicéphale se heurte à certaines réalités économiques ainsi qu'au bon sens.

Fondée en 1881, la fédération française de cyclisme (FFC) comptait, en 2017, 116 000 licenciés pour un budget s'élevant à 17 millions d'euros. Devenue pluridisciplinaire à partir de 1984, elle représente le socle à partir duquel se sont construits les succès sportifs français, celui-là même sur lequel repose la réussite de nos athlètes pour les prochaines grandes compétitions.

La fédération française de cyclotourisme (FFTC), reconnue d'utilité publique depuis 1978, a été agréée par le ministère chargé des Sports depuis 1964 et par

le ministère chargé du Tourisme en 1991. En avril 2018, elle s'appuyait sur 122 000 licenciés pour un budget évalué à 8 millions d'euros en 2017. Son objet social est de promouvoir la pratique du vélo pour toutes et tous.

Les relations entre ces deux fédérations s'inscrivent dans un paysage institutionnel pour le moins insolite. La FFCT dispose d'une délégation de pouvoir depuis le 4 avril 2006 dans le champ non compétitif, ce qui limite les possibilités de développement de son homologue également délégataire.

Alors que l'État rationalise son engagement financier, FFC et FFCT développent des offres de plus en plus concurrentielles. La responsabilité que porte la FFC est grande, notamment en matière de médailles et de résultats sportifs attendus. L'intérêt supérieur du sport français impose de lui offrir les moyens nécessaires pour remplir ses objectifs. Ne faudrait-il pas sérieusement envisager un rapprochement ? On pourrait poser une question analogue en matière de sports de combat en plein développement.

Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports. – Le sujet de la fusion entre ces deux fédérations est surtout porté par la FFC. La délégation ministérielle accorde plusieurs prérogatives à son détenteur mais elle ne peut être assimilée à une exclusivité pour telle ou telle initiative de promotion du cyclisme et de développement de la pratique. Elles sont d'ailleurs nombreuses et encouragées par le ministère des Sports, qu'elles viennent des collectivités territoriales, des associations ou des entreprises, dans le cadre du Plan national vélo.

Le rapprochement que vous appelez de vos vœux, et il est souhaitable, ne peut se faire sans volonté de part et d'autre ni projet commun. Une réunion se tiendra prochainement sous l'égide du directeur des sports pour en évaluer la faisabilité.

Lutte contre les pesticides

M. Philippe Madrelle. – La France est la première puissance agricole européenne avec 30 millions d'hectares de surface agricole utile, elle est aussi la plus grosse consommatrice de produits phytosanitaires en Europe. Deux plans successifs ont échoué, depuis 2008, à réduire leur utilisation. Je m'interroge sur le rôle des préfets chargés de coordonner les acteurs publics et privés engagés dans cette politique. Monsanto-Bayern a été condamné plusieurs fois, plus de 11 000 procès sont en cours, sans oublier les pratiques de fichier pour le moins surprenantes de ces firmes.

Les études menées dans 11 communes viticoles du Médoc montrent que seuls 8 % du vignoble est converti au bio. Les pratiques ne s'améliorent pas. Des femmes enceintes, des enfants et des salariés sont contaminés.

Il faut suivre les recommandations de l'ONU et supprimer l'autorisation de mise sur le marché des substances dangereuses et interdire l'utilisation des substances cancérigènes, mutagènes et toxiques.

La dotation de 30 millions d'euros sera-t-elle réellement affectée à la recherche pour trouver une alternative à ces produits ? N'est-il pas temps de faire cesser cet empoisonnement généralisé ?

Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports. – Je vous prie d'excuser l'absence du ministre de l'Agriculture, qui se trouve à Bucarest pour un Conseil européen.

Depuis le règlement européen de 2009, l'autorisation de mise sur le marché de ces produits n'est pas renouvelée sans étude de dangerosité. Déjà plus d'une dizaine de substances parmi les plus préoccupantes ont été retirées du marché. Les effets de ce cadre plus strict que la directive de 1991 continueront de se faire sentir.

Le plan national d'action sur les produits phytopharmaceutiques du 25 avril 2018 fixe un objectif de réduction des pesticides de 25 % d'ici 2020 et de 50 % d'ici 2025. Au niveau européen, la France demande à la Commission européenne de mettre fin sans tarder à l'approbation des substances possédant un classement CMR de catégorie 1 et s'oppose systématiquement à toute proposition de prolongation de renouvellement de l'approbation de ces substances.

L'ANSES, qui a été saisie, a engagé une revue de ces substances préoccupantes ; elle rendra ses conclusions avant l'été. Si cela est nécessaire, des mesures de restriction seront prises au niveau national.

Agriculture biologique à Mayotte

M. Thani Mohamed Soilihi. – Lors des états généraux de l'alimentation, les Français ont exprimé leur souhait de consommer mieux, en privilégiant des aliments plus sains, cultivés dans le respect de l'environnement. Afin de répondre à leurs attentes, le Gouvernement a lancé, le 25 juin 2018, le plan « Ambition 2022 ».

À Mayotte, où la quasi-totalité de la production agricole est destinée à la consommation, on a longtemps estimé que la certification « agriculture biologique » était superflue tant la culture des produits locaux était assimilable à celle des produits biologiques. Une étude publiée en 2017 de la direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DAAF) de Mayotte a attesté de l'existence de ce fort potentiel de labellisation. Pourtant, depuis quelques années, les services de l'État constatent un recours accru aux produits phytosanitaires, notamment dans le secteur maraîcher. Ainsi, par un arrêté du 14 janvier 2019, le préfet a mis sous surveillance la commercialisation des tomates en raison d'un taux de contamination au

diméthoate dix-sept fois supérieur à la dose maximale autorisée par l'organisation mondiale de la santé. D'autres fruits et légumes, qui ont également fait l'objet de prélèvements, contenaient cette substance. Cet insecticide, interdit dans notre pays depuis 2016, a été introduit sur le territoire par voie clandestine.

Quelles mesures le Gouvernement entend-il prendre pour développer le potentiel de labellisation existant et garantir la santé des consommateurs et des agriculteurs mahorais ?

Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports. – Je vous prie également d'excuser l'absence du ministre Guillaume.

Après les états généraux de l'alimentation, la filière agroalimentaire a pris des engagements pour accélérer la transition agro-écologique. Cela concerne la métropole comme l'outre-mer. Le programme « Ambition bio 2022 » comprend un volet ultra-marin avec un fonds de structuration des filières doté de 8 millions d'euros.

Un autre levier consiste à organiser une offre de production locale et des circuits de proximité. À cet effet, les projets alimentaires territoriaux (PAT) portés par les collectivités territoriales sont particulièrement pertinents. Le livre bleu des outre-mer encourage leur développement.

L'utilisation illégale de produits phytosanitaires à Mayotte est préoccupante. Les services de contrôle sont mobilisés et des campagnes d'information seront amplifiées.

M. Thani Mohamed Soilihi. – Je vous sais gré, madame la ministre, de m'avoir donné la réponse du ministre de l'Agriculture. Je me réjouis de l'arrivée dans l'hémicycle de M. Laurent Nunez car cette question est aussi du ressort du ministère de l'Intérieur avec lequel je ne manquerai pas de prendre attache sous peu.

Conduite des seniors

M. Claude Nougéin. – Pour les seniors, le papier rose est le dernier signe de liberté et un gage de bonne santé. Aucun contrôle obligatoire n'est en effet imposé aux détenteurs d'un permis B, sauf maladies précises. Seule une visite médicale peut être prescrite après une annulation ou une suspension de permis. Mais les accidents sont nombreux, comme récemment sur un parking sécurisé en Corrèze où un enfant de 15 mois a perdu la vie à cause d'un conducteur de 85 ans présentant des difficultés visuelles.

Plusieurs pays imposent des contrôles périodiques d'aptitude à la conduite. La Suisse oblige les conducteurs de plus de 75 ans à se soumettre à un examen médical tous les deux ans. Aux Pays-Bas, au Danemark ou en Finlande, le test est obligatoire à partir de 70 ans mais également en Italie et au Portugal.

Même si, aujourd'hui, les statistiques démontrent qu'ils ont moins d'accidents que les autres tranches d'âge d'automobilistes, elles démontrent aussi que ces accidents sont souvent plus graves et représentent 25 % des personnes tuées sur la route alors que les personnes âgées ne constituent que 19 % de la population globale.

Le Gouvernement envisage-t-il, dans le cadre de la lutte contre l'insécurité routière, de mettre en place un dispositif de contrôle d'aptitudes, comme c'est le cas pour les permis poids lourds et super-lourds avec une visite périodique tous les deux ans pour les plus de 80 ans ?

M. Laurent Nunez, secrétaire d'État auprès du ministre de l'intérieur. – Les conducteurs âgés provoquent moins d'accidents mais leur fragilité physique les rend plus souvent victimes : le taux de mortalité augmente après 75 ans. Nous souhaitons favoriser l'autonomie et la mobilité des seniors, mais il est nécessaire de les sensibiliser, de les former.

Ainsi, les associations, les collectivités locales, les caisses d'assurance maladie et les assureurs organisent, avec le soutien de l'État, des stages destinés à actualiser leurs connaissances et à améliorer la prise de conscience de leurs limites. Par ailleurs, une large sensibilisation sur l'aptitude médicale à la conduite est régulièrement menée en direction des professionnels de santé et des seniors. Le comité interministériel de la sécurité routière de janvier 2018 a également décidé de sensibiliser davantage les médecins traitants pour qu'ils abordent le sujet avec leurs patients. En outre, le Conseil national de la sécurité routière travaille actuellement sur le sujet « seniors, mobilité, conduite » et rendra ses conclusions au Gouvernement d'ici quelques mois.

Au plan réglementaire, le code de la route prévoit un contrôle médical périodique pour les personnes atteintes d'une affection médicale incompatible avec la délivrance ou le renouvellement d'un permis de conduire ou susceptible de donner lieu à la délivrance d'un permis de conduire d'une durée de validité limitée. Les conducteurs concernés doivent déclarer toute affection médicale, sous peine de voir leur responsabilité personnelle engagée en cas d'accident. Ces dispositions sont complétées par celles de l'article R. 221-14 du code de la route qui permet aux proches, lorsqu'ils le jugent nécessaire, de faire un signalement au préfet qui peut imposer un contrôle médical au titulaire du permis de conduire.

Si la moitié des États membres indique contrôler l'état de santé des conducteurs âgés, le mode de contrôle varie de la simple déclaration sur l'honneur, comme au yaume-Uni à l'examen systématique de tous les conducteurs, comme en Espagne.

En raison de son absence d'efficacité démontrée par les études, il n'est pas prévu d'instaurer un contrôle médical spécifique pour les conducteurs seniors.

M. Claude Nougain. – Je pensais pour ma part à un contrôle réalisé avec discernement ou, au moins, une invitation à passer une visite médicale organisée par les pouvoirs publics. Cela ne sera pas si contraignant, mais très utile pour la sécurité routière.

Obligation de quitter le territoire français

M. Bernard Bonne. – Les préfets peinent à faire appliquer leurs décisions en matière de politique migratoire, et notamment celles concernant les personnes ayant obligation de quitter le territoire français (OQTF). En effet, le taux d'exécution de cette procédure est très faible, de l'ordre de 15 à 20 %, et ces personnes restent sur le territoire national à la fin du délai généralement accordé de trente jours. De même, moins d'une personne placée en détention sur deux quitte le territoire à l'issue de cette rétention.

Cette difficulté de l'État à faire appliquer ses propres décisions entraîne de réelles difficultés pour les villes. À Saint-Étienne, des bâtiments municipaux ont ainsi été illégalement occupés par des personnes elles-mêmes entrées illégalement en France. Les maires, qui pour beaucoup se sont investis dans l'accueil de réfugiés fuyant les récents conflits au Proche-Orient, sont démunis face à de telles situations.

Comment entendez-vous procéder afin que les décisions de droit prises au niveau décentralisé soient effectivement exécutées ?

M. Laurent Nunez, secrétaire d'État auprès du ministre de l'intérieur. – La notification d'une obligation de quitter le territoire sanctionne un refus d'admission au séjour ou le rejet définitif d'une demande d'asile. Une fois épuisées les différentes voies de recours, ces décisions doivent s'appliquer systématiquement. Pour cela, le Gouvernement mène une stratégie résolue de mise en œuvre de ces décisions de retour, et y consacre les moyens nécessaires. Cela passe par un cadre juridique adapté, permettant l'application de ces décisions. À ce titre, la loi du 10 septembre 2018 permet de renforcer l'efficacité des éloignements depuis leur entrée en vigueur ; c'est par exemple le cas de l'allongement de la durée de rétention jusqu'à 90 jours, afin d'obtenir les documents de voyage nécessaires auprès des pays d'origine. C'est aussi ce que permet le caractère désormais non-systématiquement suspensif des décisions de recours devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) introduites après rejet par l'Ofpra pour les demandes d'asile venant d'un pays d'origine sûre.

Cette politique nécessite également des moyens humains et matériels : un plan ambitieux de rénovation et de création de places de rétention administrative a ainsi été engagé en décembre 2017, avec la création 480 nouvelles places d'ici 2020, soit une augmentation de près d'un tiers du parc existant.

Cet effort d'accroissement du parc se double d'un effort de remise à niveau des places existantes, avec

un plan de rénovation. Pour ce faire, un effort budgétaire significatif a été consenti, avec une hausse de 85,6 % des autorisations d'engagement et de 64,5 % des crédits de paiement. Ainsi, en 2018, 331 places ont été ouvertes. Les travaux se poursuivent pour atteindre 480 places d'ici la fin de l'année prochaine.

Enfin, nous menons des échanges diplomatiques avec les principaux pays de départ, pour prévenir ces départs et faciliter les retours, notamment par la délivrance de laissez-passer dans des délais réduits.

En 2018, tous ces efforts ont permis une augmentation de 13,6 % des éloignements, et une hausse de 10 % des éloignements forcés. Si ces résultats sont bons, nous ne nous en satisfaisons pas et nous poursuivons cette politique avec détermination. La mobilisation des services a été amplifiée et les données du début de l'année 2019 confirment nettement cette dynamique à la hausse. Soyez assuré de la totale détermination du gouvernement à poursuivre en ce sens.

M. Bernard Bonne. – Il faut travailler avec les maires, qui sont en première ligne. Beaucoup d'associations caritatives prennent parfois une part trop importante dans l'accueil de ces personnes en situation irrégulière. Le préfet doit soutenir les maires.

Fixation de la prestation de compensation liée à la perte d'autonomie

Mme Catherine Deroche. – J'attire votre attention sur la situation médicale des patients atteints de maladies rares ou chroniques non stabilisées au moment de la détermination de leur droit à la prestation de compensation à domicile du fait de leur handicap. Ces maladies sont le plus souvent sévères, évolutives et induisent une perte d'autonomie. L'organisme du patient se dégrade peu à peu de manière inexorable, nécessitant une organisation adaptée de sa prise en charge. Or c'est à partir des seuils de 50 % et de 80 % d'invalidité que le droit à une prestation de compensation est ouvert.

Selon le référentiel du code de l'action sociale et des familles, les difficultés du patient pour l'accès à la prestation de compensation sont évaluées sur « une durée prévisible d'au moins un an ». Or cette durée ne correspond pas à la réalité de l'évolution de ces maladies qui peuvent générer bien avant le délai légal des incapacités voire des complications graves. Tel est le cas pour la plupart des maladies rares telles que l'atrophie multisystématisée (AMS), quand le plan national maladies rares 2018-2022 en compte 7 000 atteignant plus de trois millions de personnes, soit 4,5 % de la population. L'AMS entraîne un déficit moteur, sensoriel ou intellectuel dans 50 % des cas et une perte totale d'autonomie dans 9 % des cas.

Pour les patients et leurs familles, ces maladies appellent des dispositifs ou des innovations qui nécessitent une prise en charge globale, et autant que

possible personnalisée et rapide. De plus, ces patients doivent rapporter leur pathologie à des administrations qui n'en connaissent ni l'existence, ni les conséquences, ni les difficultés induites dans la vie quotidienne.

Est-il possible d'anticiper le besoin de compensation lié à la perte d'autonomie des enfants et des adultes en situation de handicap vivant avec une maladie rare ou chronique ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. – Le troisième plan national sur les maladies rares 2018-2022, lancé le 4 juillet 2018 par la ministre Frédérique Vidal, traduit la politique volontariste et solidaire du Gouvernement.

Sachez que le taux d'incapacité n'est pas un critère d'éligibilité à la prestation compensatoire du handicap (PCH). Les référentiels qui définissent les règles d'accès précisent qu'il n'est pas nécessaire que la situation médicale de la personne soit stabilisée pour confirmer l'éligibilité à la prestation. Néanmoins, la durée prévisible des conséquences doit effectivement au moins être égale à un an.

Par ailleurs, les échanges réguliers entre les équipes médicales expertes de ces pathologies et les équipes des MDPH permettent la prise en compte des singularités symptomatiques de ces maladies.

Le troisième plan national sur les maladies rares porte l'ambition de partager l'innovation et de permettre un diagnostic et un traitement pour toutes les personnes concernées.

Ce plan comporte ainsi plusieurs axes stratégiques comme la réduction de l'errance et de l'impasse diagnostiques, le rôle accru des filières de santé maladies rares pour coordonner les actions des multiples acteurs concernés, accompagner certaines étapes-clés comme l'annonce du diagnostic ou la transition adolescent-adulte et promouvoir la recherche et l'innovation sur les maladies rares. Ce plan prévoit aussi le renforcement de la lisibilité du parcours pour les personnes malades et leur entourage par une information accentuée sur des ressources parfois encore méconnues, telles que le site d'information Orphanet.

Parmi les priorités de ce plan figure également l'accompagnement plus étroit des personnes atteintes de handicaps liés à une maladie rare et de leurs aidants.

Une action spécifique du plan vise également à renforcer les relations entre les acteurs des filières de santé maladie rare et les MDPH, en particulier lors des phases charnières.

Mme Catherine Deroche. – Le plan maladies rares est important. La durée d'un an évoquée par la réglementation a empêché, dans mon département, la prise en charge d'une personne dont l'état de santé s'était dégradé très rapidement.

Offre de soins dans les hôpitaux publics de la Mayenne

M. Guillaume Chevrollier. – L'attractivité des hôpitaux publics et l'accès aux soins sont des problématiques qui touchent de nombreux territoires ruraux. La Mayenne n'y échappe pas, malgré la présence de trois centres hospitaliers à Laval, Nord-Mayenne et Château-Gontier.

J'aimerais évoquer avec vous la situation du centre hospitalier de Laval qui attend un investissement fort et une mobilisation de l'État pour dynamiser son attractivité, la qualité de ses services et lui redonner une image positive.

La situation financière de l'hôpital de Laval est dans le rouge. En 2019, l'Agence régionale de santé n'a pas investi un euro et n'a financé aucun nouveau projet. Le matériel vieillit, ainsi que les infrastructures. Il n'y a, en réalité, jamais eu de vrai plan d'investissement dans les locaux, alors qu'il existe un projet médical d'établissement solide. Il y a aussi bien sûr des problèmes d'effectifs médicaux, avec suppressions et non remplacements de postes. L'hôpital manque aussi de médecins spécialistes.

Ainsi, le service de pneumologie, qui est pourtant une spécialité du quotidien, n'est pas en mesure de prendre en charge les patients, qui sont alors transférés à Angers ou à Rennes.

Le service des urgences est, quant à lui, sous dimensionné, en mauvais état, à la fois pour les patients mais aussi pour le personnel dont les conditions de travail se dégradent.

On retrouve ce diagnostic dans de nombreux hôpitaux périphériques. Pourtant, je suis convaincu qu'ils peuvent devenir de vrais pôles d'attractivité, l'enjeu étant de garantir la permanence des soins et un environnement médical de qualité.

Avec des choix budgétaires et d'investissements plus stratégiques, une réorganisation de la gestion des moyens, une meilleure gestion hospitalière, c'est l'avenir que j'espère pour l'hôpital de Laval.

Madame la Ministre, que faites-vous pour renforcer cet hôpital et en faire vraiment le pôle central du groupement hospitalier de territoire ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. – La mobilisation du département de la Mayenne est remarquable. Il n'y a pas de territoire oublié et le ministère de la santé et l'ARS se mobilisent pour soutenir et être à l'écoute des projets et des difficultés.

Le GHT de la Mayenne s'organise autour de trois établissements hospitaliers et de quatre établissements de proximité permettant ainsi un maillage territorial resserré.

En parallèle, une dynamique forte a été engagée avec les professionnels de santé pour une

organisation coordonnée de leurs interventions et le déploiement de parcours de santé.

L'ARS, en particulier dans le déploiement de son Projet Régional de Santé, est particulièrement impliquée dans l'accompagnement des trois centres hospitaliers, notamment pour accompagner leurs évolutions d'activité, adapter les organisations pour répondre aux nouveaux enjeux du territoire et aux évolutions technologiques, comme la télémédecine.

L'ARS souhaite apporter une réponse adaptée en soins d'urgence dans un contexte de tensions médicales très fortes sur le territoire. Des réunions régulières sous l'égide du GHT 53, aidé par les CHU de la région mais aussi de celui de Rennes avec l'appui de l'ARS sont régulièrement organisées pour poursuivre l'offre de soins existants.

Nous sommes attachés à développer les aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé, à la facilitation à l'exercice coordonné et au soutien des expériences.

Nous soutenons toute forme d'innovation, notamment avec le déploiement réussi de la télémédecine.

Le projet de loi Santé que vous examinez, avec le plan « Ma Santé 2022 », répondra aux enjeux territoriaux en lien avec les élus.

M. Guillaume Chevrollier. – Je compte sur le Gouvernement pour faire de l'hôpital de Laval le point fort du groupement hospitalier de territoire mayennais. Pourquoi ne pas en faire un pôle d'excellence en télémédecine en lien avec le Laval Virtual Center ?

Avenir de l'homéopathie

M. Jean-Louis Tourenne. – Ma question précédait les conclusions de l'étude menée par la Haute Autorité de santé (HAS) sur l'homéopathie. Vous semblez vous orienter vers le déremboursement. Le nombre d'emplois menacés a-t-il été estimé ? A-t-on imaginé les mesures d'accompagnement nécessaires pour les employés ?

Il s'agirait d'une économie, sans doute illusoire, éphémère et très faible : 55 millions d'euros sur le budget de la sécurité sociale qui dépasse les 500 milliards. Cependant s'il était démontré que les médicaments homéopathiques sont de nul effet, l'économie même homéopathique ne saurait être négligée.

Or 56 % des Français disent y avoir eu recours et s'en être bien trouvés. Comment réagiront-ils alors qu'ils considèrent que l'action d'une molécule dépend tout autant de ses caractéristiques propres que de celles du milieu sur lequel elle agit ? Quel sera leur comportement face au déremboursement ? Vont-ils perdre toute confiance en un produit dont ils pensaient - à tort ou à raison - qu'il leur permettait de

mieux vivre ? Continueront-ils de les utiliser ou auront-ils recours à des médicaments conventionnés ?

Décider du déremboursement n'aura-t-il pas des conséquences fâcheuses sur cette autre philosophie de la médecine qu'est l'homéopathie ? Une approche globale qui appréhende la maladie comme la résultante d'un désaccord entre le corps et l'esprit.

Un tiers des médecins ont prescrit des médicaments homéopathiques et parmi eux un grand nombre, convaincus, qui consacrent davantage que leurs confrères de temps à leurs patients.

Quelles motivations peuvent conduire au déremboursement ? Pas d'effets secondaires... Le seul risque résulterait d'une possible tendance du malade à différer le traitement adapté à une maladie grave. Mais est-ce le cas ? A-t-on réalisé une étude sur ce point ?

Quelle que soit votre décision, je souhaite qu'en soient bien prises en compte et en charge toutes les conséquences.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. – L'homéopathie bénéficie d'un régime et d'un statut dérogatoire depuis les années soixante.

Le débat sur le remboursement et le déremboursement dure depuis longtemps. Réévaluer les stratégies thérapeutiques remboursables permet de garantir aux patients des soins pertinents et il est normal que les médicaments homéopathiques y soient également soumis comme toute autre spécialité.

La question n'est pas celle de l'interdiction de l'homéopathie, mais de son remboursement par la solidarité nationale. En France, nous remboursons les médicaments qui ont un effet scientifiquement prouvé. C'est pour cette raison, Agnès Buzyn a saisi la HAS le 1^{er} août dernier. La commission de la transparence, commission spécialisée de la HAS, est une instance collégiale scientifique et indépendante qui regroupe cliniciens et membres d'associations de patients et d'usagers.

Cette commission a fondé son évaluation sur les preuves disponibles. Elle a pris appui sur l'analyse de la littérature nationale et internationale, soit plus de 800 études et recommandations françaises et internationales. Elle a également examiné les données déposées par les trois laboratoires concernés et les contributions de parties prenantes.

Il convient d'attendre désormais son avis définitif qui devrait être disponible d'ici l'été. En effet, à ce stade, l'avis est provisoire et les laboratoires peuvent formuler des observations.

Enfin, le Gouvernement est sensible au sujet de l'emploi. Nous entendons les inquiétudes au sein des territoires des risques qu'un éventuel déremboursement pourrait faire peser sur l'emploi.

Mais, nous ne sommes pas en train d'interdire l'homéopathie. Même en cas de déremboursement, les industriels continueront à vendre sur le territoire national et à exporter.

Centre périnatal de proximité de l'Arbresle

M. Gilbert-Luc Devinaz. – Le domaine de l'accouchement a ceci de particulier qu'il est pris en charge par deux professionnels différents et complémentaires : les obstétriciens - des médecins donc, axés sur les actes techniques salvateurs - et les sages-femmes.

L'établissement de l'Arbresle, grâce à sa permanence de sages-femmes, s'est révélé être une structure périnatale nouvelle, sans accouchement mais axée sur une activité de prévention globale, pré et post-natale. L'activité de prévention se situe en amont et en urgence, au moment où surgit un facteur de risque, en dehors des heures ouvrables des consultations. En supprimant l'hébergement, on supprime cette permanence.

Le code de santé publique n'interdit aucunement une permanence d'activité de prévention pré et post-natale et l'évaluation de 2016, portant sur la réduction des hébergements et les sorties précoces, s'est portée sur les suites de couches des maternités mais en aucune manière sur un séjour post-natal de centre périnatal de proximité.

Sur quoi votre décision de supprimer une permanence de sécurisation est-elle fondée ? Le modèle de l'Arbresle correspond exactement à la gradation des soins que vous souhaitez mettre en place. Comment délaissiez une telle activité novatrice ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. – Je vous remercie de préciser qu'il ne s'agit pas de la fermeture du centre périnatal de proximité (CPP) de l'Arbresle mais uniquement de l'arrêt de l'hébergement du centre périnatal de proximité, prévu et annoncé à tous les acteurs concernés depuis 2016.

Vous le savez, l'hébergement maintenu était autorisé à titre dérogatoire et constituait une exception à la réglementation. Le code de la santé publique définit les missions des CPP, sans faire référence à l'hébergement, mais principalement à des activités de consultations pré et post natale qui seront bien maintenues dans ce CPP.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes accompagne le centre hospitalier de l'Arbresle dans le cadre de l'arrêt de cet hébergement avec l'équipe de direction du centre hospitalier qu'elle a reçue à plusieurs reprises.

L'hôpital de l'Arbresle est situé à 25 minutes de la Clinique du Val d'Ouest, qui a ouvert des capacités d'hébergement en maternité dans un bâtiment neuf en mars 2016. L'hôpital est également situé à 30 minutes de l'hôpital de Villefranche sur Saône, et à 25 minutes

de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc, avec qui l'hôpital s'est rapproché en 2017.

La fermeture de l'hébergement du CPP sera progressive et accompagnée par l'ARS : annoncée dès octobre 2016, la fin de l'hébergement peut raisonnablement intervenir dans un délai de neuf mois à compter du courrier notifiant l'arrêt de l'hébergement.

En parallèle, le programme de service de retour à domicile des patients hospitalisés pour favoriser le retour rapide des parturientes à domicile est renforcé.

M. Gilbert-Luc Devinaz. – L'ARS n'a reçu aucun des professionnels de ce centre, qui accueille 600 familles par an. Il se situe dans les monts du Lyonnais, une région très isolée en hiver. Il nous restera à compter sur les pompiers pour certains accouchements...

Devenir des comptables publics

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Le 26 mars, les agents des finances publiques se sont mobilisés contre la réforme Zéro cash. Ils craignent en effet des suppressions de postes et des fermetures de trésoreries.

L'impossibilité de payer et de recevoir du numéraire auprès des trésoreries et centres des finances publiques pose un vrai problème démocratique.

Nos collectivités travaillent main dans la main avec les perceptions, les trésoreries, les centres des finances publiques pour tous les actes administratifs, qu'il s'agisse de déposer des recettes, de monter des dossiers ou d'obtenir un secours pour les habitants les plus fragiles. Nos collectivités sont les premiers investisseurs en France, mais sans le soutien des agents des finances publiques, chaque dossier sera plus difficile.

Le Chef de l'État a annoncé vouloir repenser la décentralisation en s'appuyant sur les maires, mais cette réforme leur coupe tout soutien. La dématérialisation, les bus fiscaux pour sillonner la ruralité, les plateformes téléphoniques ne peuvent remplacer l'expertise, la connaissance du terrain et la disponibilité des contacts publics sur le territoire.

La décision du ministère n'est pas publique mais des fuites ont nourri des craintes, d'autant que nous connaissons les conséquences des récents redéploiements, notamment la dématérialisation de la carte nationale d'identité.

De nombreux maires ruraux jettent déjà l'éponge et cette réforme ne va pas les encourager à rester.

Alors que les finances publiques sont par nature le service public le plus profitable pour les collectivités et les Français, quel est votre projet ? Comptez-vous casser cet outil républicain ? Quelles garanties l'État pourra-t-il offrir à chaque commune si vous retirez vos agents ?

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé.* – L'article 201 de la loi de finances 2019 autorise déjà le recours à un prestataire pour le maniement des espèces, avec toutes les garanties nécessaires.

Cette réforme vise à améliorer la sécurité des centres des finances publiques, compte tenu des risques associés au maniement du numéraire, à réduire les coûts de gestion des espèces et redéployer le temps des agents vers des missions à plus forte valeur ajoutée et moins répétitives. Elle permet également de tenir compte du public, souvent socialement défavorisé, qui utilise le paiement en espèces.

Si c'est une réforme importante, il ne faut pas non plus en exagérer la portée : les espèces représentent moins de 0,3 % des montants encaissés par la DGFIP et ont diminué de 45 % entre 2013 et 2018.

Cette mesure n'a aucun impact sur les autres missions exercées par les postes comptables, y compris celles relevant de l'accueil du public. Cette réforme laisse donc intacte la mission de service public exercée par la DGFIP. Bien au contraire, le nouveau réseau de proximité des finances publiques répond totalement à vos préoccupations.

Nous souhaitons apporter une offre de services nouvelle en augmentant très fortement les sites où un accueil physique de proximité sera assuré, notamment dans les maisons France services ou dans les mairies, si les maires le souhaitent. L'objectif est d'augmenter le nombre d'accueils de proximité de 30 % d'ici 2022. C'est un effort sans précédent et qui rompt avec la disparition programmée des accueils de service public.

Cette évolution doit également permettre d'améliorer les prestations offertes en matière de gestion financière et comptable des collectivités locales et de conseil aux élus, notamment pour les collectivités les plus petites ou les plus fragiles. À cet effet, des cadres de haut niveau seront exclusivement affectés à cette mission au plus près des élus et des collectivités.

Avenir des trésoreries

M. Daniel Chasseing. – Ma question porte sur le projet de suppression, à plus ou moins long terme, des trésoreries sur l'ensemble du territoire national et leur remplacement par un ou deux services facturiers (SFACT) par département.

Dans le monde rural, ce projet suscite une certaine émotion chez les maires et présidents de communautés de communes qui n'ont pas été consultés, même s'ils ont été informés. Ce projet, conçu par la loi de finances pour 2019 ne sera pas sans conséquence sur l'avenir des territoires, dans la mesure où il concerne, certes les services des impôts des particuliers et des entreprises, mais aussi celui des communes, notamment les petites, qui consultent

très régulièrement leur trésorier, celui-ci exerçant de ce fait la fonction de conseiller financier, surtout dans les EPCI éloignés des villes.

Bien que le concept de déconcentration de proximité soit formulé, un certain nombre de questions se posent légitimement quant à la mise en œuvre de ce projet de réforme, après l'expérimentation en cours. Les fonctionnaires seront-ils bien au service des usagers dans les maisons des services publics et au service des élus ruraux ?

Qui les paiera ? L'État ou les collectivités territoriales ? Il serait regrettable que, une fois de plus, une réforme d'État se traduise par un transfert de charges.

Je m'inquiète de la disparition de la séparation de l'ordonnateur et du comptable qui constituait un des fondements des finances publiques et un outil de la bonne gestion des collectivités. En outre, bien après le vote de la loi de finances pour 2019, le président de la République a annoncé lors de sa conférence de presse consécutive au grand débat, qu'il fallait enlever des fonctionnaires à Paris pour les remettre sur le terrain. La suppression des trésoreries n'est-elle pas contradictoire à cette volonté politique que, par ailleurs, j'approuve ?

Plutôt que de supprimer toutes les perceptions d'un coup, le Gouvernement ne pourrait-il pas le faire progressivement et laisser à celles du milieu rural, le temps de s'adapter à une nouvelle donne ?

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé.* – M. Olivier Dussopt m'a chargé de vous transmettre sa réponse.

Le maillage de la DGFIP est l'un des plus denses des administrations d'État avec près de 3 600 points de contacts pour ses usagers, particuliers, entreprises et collectivités locales, en 2019. Cette présence importante traduit la diversité des missions qu'exerce la DGFIP et leur évolution, mais elle doit être repensée pour répondre davantage aux besoins actuels des usagers, des collectivités locales, notamment rurales, et améliorer les conditions de travail des agents.

La DGFIP a donc vu ses missions évoluer profondément depuis deux ans et continuera à se transformer avec des chantiers d'ampleur. Le réseau se transforme en permanence pour s'adapter aux évolutions démographiques et aux nouveaux modes de relations avec le public, notamment grâce aux nouvelles technologies, tout en cherchant à s'adapter le plus possible aux besoins.

Depuis 2012, près de 700 points de contact ont été fermés, soit environ 18 % et, jusqu'à présent, ces évolutions se décidaient annuellement, sans visibilité territoriale d'ensemble et sans que les élus, la population et les agents soient toujours bien informés en amont.

Suite aux annonces du président de la République et sous l'autorité du Premier ministre, le ministre de l'Action et des Comptes publics a souhaité engager une démarche différente privilégiant une réflexion globale, pluriannuelle, concertée et prenant en compte l'attente forte de nos concitoyens de bénéficier d'un service public plus proche d'eux mais aussi plus efficace.

Le Gouvernement souhaite en effet assurer une meilleure accessibilité des services publics à la population, notamment dans les territoires où le sentiment d'abandon de l'État se développe. Il souhaite aussi porter une attention toute particulière aux usagers qui sont peu familiers des outils numériques, sans renier la nécessaire modernisation des services publics.

Il s'agit de tirer parti des nouvelles organisations du travail comme des nouveaux usages pour s'organiser différemment.

Enfin, cette évolution doit également permettre d'améliorer les prestations offertes en matière de gestion financière et comptable des collectivités locales et de conseil aux élus. Le ministre écrira cette semaine aux grands élus et aux associations les représentant pour leur expliquer ces évolutions.

Dématérialisation des marchés publics

M. Jean-Marc Boyer. – Depuis 2018, la mise en œuvre de la dématérialisation des marchés publics dans les petites communes rurales pose de réelles difficultés d'application, notamment dans certaines mairies du Puy-de-Dôme qui n'ont pas les moyens techniques et humains de bien la mettre en place.

La technicité de la dématérialisation pose problème à nombre de maires qui ne disposent que de secrétaires de mairie non familiers de ces dispositifs, également très complexes. La création du profil acheteur est notamment très compliquée.

La réglementation des marchés publics et le coût des publications en ligne renforcent les difficultés.

Nous attendons, par ailleurs, encore la fin des zones blanches dans notre département. Au total, nous assistons à une complexification avérée de la passation des marchés publics pour les petites communes qui ne disposent pas des ressources humaines nécessaires d'autant que l'accompagnement de l'État est mineur, voire inexistant.

Certaines communes ont mutualisé leurs offres, mais avec un coût important.

La signature électronique, qui coûte cher, élimine *de facto* certaines petites entreprises pour répondre aux appels d'offres. Que propose le Gouvernement pour ces petites communes et entreprises ?

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. – La

dématérialisation des marchés publics de plus de 25 000 euros est obligatoire depuis le 1^{er} octobre en application d'une directive européenne.

La dématérialisation permet une meilleure gestion des données et évite des tâches lourdes et laborieuses y compris pour les petits acheteurs et les petites entreprises. La Commission européenne évalue ainsi la réduction du coût administratif permise par la dématérialisation entre 5 et 20 %. Les services du ministère n'ont d'ailleurs pas été saisis de difficultés d'application auxquelles l'échéance du 1^{er} octobre dernier aurait donné lieu sur le terrain.

L'impact de cette réforme sur les petites communes rurales doit être relativisé. Elles passent en effet rarement des marchés d'un montant supérieur à 25 000 euros. Près de 90 % des marchés sont en effet d'un montant inférieur. Ce seuil est donc significatif et il était difficile de faire plus, sans vider de sens la réforme.

Le Gouvernement accompagne par ailleurs cette transition avec la mise en œuvre d'un plan de transformation numérique de la commande publique adopté en décembre 2017. Ce plan a été élaboré avec l'ensemble des acteurs de la commande publique et fixe la feuille de route des prochaines années.

Des guides pratiques destinés aux acheteurs et aux opérateurs économiques, ont également été publiés sur le site de la direction des affaires juridiques des ministères économiques et financiers. Ils sont mis à jour et ont rencontré un grand succès, tant vis-à-vis des acheteurs que des entreprises.

Enfin, le Gouvernement a lancé le 15 octobre dernier, l'initiative France Num en faveur de la transformation numérique des TPE/PME. L'objectif de France Num est de rassembler l'ensemble des actions menées par l'État, les régions et leurs partenaires pour accompagner les TPE/PME vers le numérique, notamment dans le domaine des marchés publics.

Dotation de solidarité rurale

M. Laurent Duplomb. – Nos finances locales sont de plus en plus dans le rouge. Chaque année, une nouvelle surprise, comme la dotation de solidarité rurale (DSR), qui est en forte diminution. Elle disparaît même pour la commune de Saint-Paulien (43) dans le département de la Haute-Loire, concernant la fraction cible de la DSR, soit 95 746 euros en moins. Cette commune n'est plus classée dans les 10 000 premières communes dites « les plus pauvres ». Pourquoi un tel déclassement ? L'intégration dans une nouvelle intercommunalité plus grande, à la suite de la loi NOTRe. Pourtant, les données économiques n'ont pas changé : cette commune fait toujours partie des 10 000 communes les plus pauvres !

Et même la DSR, fraction bourg centre, a ainsi baissé, toujours pour le même motif, ce qui grève lourdement le budget communal et sa capacité

d'investissements : 113 000 euros ont été perdus en tout, soit 25 % du montant total des dotations pour Saint-Paulien. Et les communes n'ont pas été prévenues !

Cette situation était d'autant plus mal vécue que les communes n'étaient pas opposées par principe à la modification de l'intercommunalité. L'article 5211-41-3 du CGCT prévoyait l'établissement d'une prévision des dotations en fonction des intégrations dans les communautés d'agglomération. Il n'en fut rien !

Le Gouvernement a certes ajouté la moitié du montant l'année suivante. Mais qu'en sera-t-il les années suivantes pour une sortie plus en sifflet ou la reconnaissance de cette perte ?

Mme Christelle Dubos, *secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé*. – Je tiens à excuser Mme Gourault.

Saint-Paulien est en effet devenue inéligible à la DSR cible en 2018. Cette fraction de la DSR est réservée aux 10 000 premières communes de moins de 10 000 habitants éligibles à au moins une des deux autres fractions de la DSR.

Les communes rurales sont classées selon leur potentiel financier, par habitant et par commune, apprécié non dans l'absolu, mais par rapport aux autres communes.

Le potentiel financier dépend aussi de l'intercommunalité de rattachement. Saint-Paulien a perdu cette éligibilité en raison d'une hausse de son potentiel financier dû à son adhésion à l'intercommunalité de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay.

Un lissage a été mis en place en 2019, ainsi Saint-Paulien a récupéré la moitié de la DSR cible de 2018 pour éviter une sortie trop brutale du dispositif.

Quant aux années suivantes, il faudra vous rapprocher de la ministre chargée de la Cohésion des territoires...

M. Laurent Duplomb. – Pourquoi poser des questions si vous n'y répondez pas ?

Crise budgétaire des missions locales en Île-de-France

Mme Sophie Taillé-Polian. – J'attire votre attention sur la situation des missions locales en Île-de-France. Hier, la moitié du personnel des missions locales a fait grève, mobilisé pour maintenir ce service public qui œuvre à l'insertion socio-professionnelle des jeunes Franciliens.

Actuellement, les 72 missions locales d'Île-de-France accompagnent 165 000 jeunes dont 70 000 en premier accueil chaque année. Avec leurs 171 antennes, elles constituent le principal réseau capable d'accueillir et d'accompagner vers l'emploi et l'autonomie tous les jeunes, là où ils vivent.

Le réseau des missions locales va supprimer 70 emplois et doit faire face aux difficultés suivantes : un financement de la Garantie jeunes en Île-de-France gravement remis en cause sur l'exercice 2019 avec une réduction de 45,5 % des autorisations d'engagement de crédits, incompréhensible quand on connaît la situation extrêmement préoccupante de la jeunesse francilienne et quand les crédits nationaux dévolus à la Garantie jeunes, votés dans la loi de finances pour 2019, sont en hausse ; une baisse de 5,5 % de la dotation de fonctionnement pour les missions locales de la région Île-de-France.

Le 26 avril, les missions locales ont rencontré le préfet de région ; ce fut un rendez-vous manqué : les propositions étaient pires qu'initialement.

À l'heure où les missions locales sont mobilisées sur l'ensemble des politiques publiques d'insertion vers l'emploi des jeunes, du plan Pauvreté au plan d'investissement dans les compétences en passant par la Garantie jeunes, il serait fortement préjudiciable de ne pas apporter de réponses à la hauteur de leurs craintes.

Que comptez-vous faire pour répondre à ces demandes ?

Mme Brune Poirson, *secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire*. – Je vous prie d'excuser Mme Pénicaud. Les missions locales sont un maillon essentiel du service public, de l'emploi pour accueillir, accompagner et orienter les jeunes.

Nous consacrons 15 milliards d'euros par an à ces dispositifs, et élargissons à 100 000 jeunes par an la Garantie jeunes. Dans ce cadre, la ministre du Travail a souhaité que les moyens des missions locales soient préservés, malgré la contrainte budgétaire. La baisse des crédits en Île-de-France est limitée à 1,8 %.

En 2019, les crédits socles des missions de base des missions locales et de la Garantie jeunes seront mutualisés.

La ministre a décidé un dispositif exceptionnel pour apurer le passé. Nous partageons le même objectif : l'emploi des jeunes. Nous devons tout faire pour gagner cette bataille, avec les missions locales, pour assurer un avenir radieux à ces jeunes.

Mme Sophie Taillé-Polian. – Comment parler « d'avenir radieux » ? Le rapport publié hier par l'Institut d'aménagement et d'urbanisme montre la paupérisation grandissante de la population des quartiers populaires de notre région. J'entends dans votre réponse que la réduction des moyens des missions locales est maintenue. Ce n'est pas ainsi que l'on construit l'avenir.

Structures d'accueil de jeunes

Mme Monique Lubin. – Je m'interroge sur les difficultés pesant sur l'activité de certains lieux de vie

et d'activités tels que définis notamment par l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, du fait de l'absence de décret d'application des modalités de suivi de l'organisation du travail des salariés pourtant prévu au cinquième alinéa de l'article L. 433-1 du même code.

Par exemple, dans mon département, l'association « l'escale », à Castandet, accueille les pré-adolescents à titre temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet avec hébergement en internat, par des équipes qualifiées. Elle œuvre à l'éducation, à la protection, à l'émancipation civique, à la surveillance et à la formation de dix-huit jeunes adolescents de plus de 14 ans, dans le cadre de son travail en partenariat avec le conseil départemental, l'Éducation nationale et la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). L'association bénéficie d'un autre agrément pour accueillir, pendant les week-ends et les périodes de vacances scolaires, six enfants ou pré-adolescents âgés de 8 à 14 ans.

Elle dispose de deux équipes de deux éducateurs permanents bénéficiant d'un contrat à durée indéterminée (CDI), aidés d'un salarié en contrat emploi avenir. Leurs emplois du temps se caractérisent par des amplitudes horaires particulièrement importantes qui rendent impossible l'application des règles de droit commun instaurées en matière de durée du travail ou d'aménagement du temps de travail, telles qu'elles figurent dans les dispositions des articles L. 3121-10 et 34, L. 3132-1, 2 et 3 du code du travail.

L'association devrait bénéficier du dispositif dérogatoire du droit commun prévu à l'article L. 433-1 du code de l'action sociale et des familles, qui dispose que les permanents responsables de la prise en charge exercent sur le lieu d'accueil un accompagnement continu et quotidien des personnes accueillies. Or l'application de ce dispositif dérogatoire est subordonnée à l'application de modalités de suivi de l'organisation du travail des salariés définies par décret, mentionné au cinquième alinéa dudit article.

Aucun décret n'a été publié, posant des difficultés d'application et favorisant l'émergence de contentieux qui pourraient être de nature à remettre en cause l'existence même de ces lieux d'accueil. Quand sortira ce décret pour sécuriser ces lieux d'accueil ?

Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. – Ce décret n'a effectivement pas été publié. Or la Cour de cassation a considéré que cette absence fait obstacle à l'application du régime prévu pour ces salariés par l'article L. 433-1 du code de l'action sociale et des familles. Dès lors, leur droit constitutionnel à la santé et au repos n'est pas assuré. Une base juridique solide est nécessaire ; vous avez raison.

La directive 2003-88-CE prévoit des aménagements du temps de travail et permet des dérogations en matière de temps de travail, pour des

nécessités de garde et de surveillance. Les activités visées par l'article L. 433-1 du code de l'action sociale et des familles semblent entrer pleinement dans ce cadre.

Les services des ministères du Travail et de la Santé étudient la possibilité de sécuriser ce dispositif.

Renouvellement des concessions hydroélectriques

M. Jean-Yves Roux. – La Commission européenne a lancé en mars 2019 une procédure d'infraction contre huit pays européens dont la France « pour réattribuer et renouveler les marchés publics dans le secteur de l'énergie hydroélectrique ».

Sur 399 ouvrages hydroélectriques français, 150 concessions arriveront ainsi à échéance d'ici à 2023. Or la ressource en eau n'est pas un bien commun comme un autre. Notre sécurité énergétique et notre adaptation au changement climatique en dépendent. Des bassins de gestion en dépendent.

Dans les Alpes de Haute-Provence, le barrage de Serre-Ponçon, édifié sur la Durance, constitue l'une des principales centrales hydrauliques.

Même si le métier historique est la production électrique, avec la gestion de l'eau destinée à l'irrigation, la régulation des crues et l'eau potable, d'autres usages touristiques et industriels doivent être pris en compte et ont évolué avec le temps. Le lac de Serre-Ponçon, est un site touristique important avec des revenus, des perspectives de mise en valeur du site.

Où en est la procédure d'infraction ? Quelle position allez-vous tenir devant la Commission européenne ?

Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. – Votre question est importante. Les concessions échues doivent faire l'objet d'une mise en concurrence. Ce n'est pas une privatisation ! Plusieurs mesures ont été prises dans la loi pour la transition énergétique et la croissance verte (LTECV) : les collectivités territoriales peuvent s'associer à ces concessions dans le cadre d'une société d'économie mixte, obtenir une prolongation de concession contre travaux ou encore regrouper les concessions hydrauliques liées. Cette dernière option est possible pour le cas de la Durance.

Le barrage de Serre-Ponçon joue un rôle essentiel dans la production électrique, l'irrigation et l'alimentation en eau potable, dans une région en déficit chronique d'eau, sans compter le rôle touristique du lac de Serre-Ponçon.

Son exploitation par le même concessionnaire que les aménagements Durance-Verdon serait utile. Naturellement, le personnel restera et nous procéderons dans le dialogue et la concertation. La

France se bat pour ses barrages, ce qui, au demeurant, n'est pas toujours compris au niveau européen.

M. Jean-Yves Roux. – Merci pour votre réponse rassurante ; nous sommes inquiets néanmoins.

Navigation fluviale dans les Ardennes

M. Marc Laménie. – Je m'inquiète des menaces qui pèsent sur la voie d'eau dans le département des Ardennes et au plan national compte tenu de la réduction des moyens humains et financiers mis à disposition des services de Voies Navigables de France (VNF), qui assure un service public essentiel.

Depuis juin 2018, le trafic fluvial est interrompu totalement sur le canal des Ardennes entre Le Chesne et Attigny à cause de l'effondrement de l'écluse n°21, dans la commune de Neuville-Day, dont j'ai été maire pendant 16 ans, dû au débordement d'un ruisseau après de fortes pluies d'orage. Les délais de reconstruction de cette écluse ne sont toujours pas connus. Les conséquences sont dramatiques pour l'économie locale, liées à l'arrêt total de la navigation dans le cadre du tourisme fluvial sur cette vallée de 26 écluses.

La branche du canal de Vouziers n'est plus exploitée depuis de nombreuses années du fait de l'absence d'entretien et de l'envasement.

Le canal des Ardennes, qui relie les bassins de la Meuse au bassin de la Seine, est indispensable à l'activité économique et au tourisme. Il s'inscrit dans le cadre du « Pacte stratégique Ardennes 2022 » signé le 15 mars 2019 avec l'État, lequel inclut le prolongement de la voie verte et le contrat de canal.

De vives inquiétudes subsistent sur le devenir de la navigation fluviale sur la Meuse entre Verdun et Givet port, à la frontière belge. Le tourisme fluvial constitue une activité indispensable : en témoignent les investissements réalisés par les communes pour la création de haltes fluviales en partenariat avec les intercommunalités, le conseil départemental, la région et l'Europe.

Le programme d'investissement pour la modernisation des barrages sur la Meuse et sur l'Aisne s'élève à plus de 300 millions d'euros, dans le cadre d'un partenariat public-privé.

Je souhaiterais connaître les décisions de l'État et de VNF pour maintenir le trafic fluvial à la fois sur le canal des Ardennes et sur la Meuse.

Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. – Le réseau géré par VNF souffre de décennies de sous-investissement. D'où ses faiblesses, dont témoigne l'avarie de l'écluse de Neuville-Day. C'est pourquoi le projet de loi Mobilités augmente considérablement les subventions à VNF et

à l'Afitt pour améliorer le réseau. Les travaux de remise en état sur l'écluse 21 sont en cours.

Le conseil d'orientation des infrastructures a recommandé en 2018 un bilan de l'utilisation des voies navigables en France. Ainsi, plusieurs voies ne sont plus naviguées, mais conservent un intérêt touristique. VNF souhaite les pérenniser et les redynamiser notamment sur la portion de la Meuse que vous citez, pour lui donner une vraie structuration touristique. Cela ne pourra se faire qu'en partenariat avec les collectivités territoriales, dans le cadre du contrat d'objectif et de performance.

Fermetures de gares et guichets de la SNCF dans le Calvados

Mme Corinne Féret. – De nombreux élus locaux et citoyens, usagers de la SNCF, s'inquiètent des évolutions de la présence du service public ferroviaire dans les territoires. Des fermetures étant déjà à déplorer, ils s'inquiètent légitimement des nouvelles menaces pesant sur plusieurs guichets et gares du département.

S'agissant des guichets, le motif invoqué pour justifier leur fermeture est une sous-fréquentation de ces espaces au profit de la vente de billets par internet. D'une part, il est possible de considérer que si la vente par internet augmente, c'est justement parce qu'il y a moins de points de vente physiques. D'autre part, il est important de rappeler la réalité de la fracture numérique : treize millions de Français n'utilisent pas ou peu Internet et se sentent en difficulté avec ses usages.

Dans le Calvados, ces projets de fermeture contreviennent aux politiques d'aménagement du territoire. Ils posent la question de la présence ferroviaire de proximité, en termes de lignes, de dessertes, de gares et de guichets, dans des territoires où les habitants doivent pouvoir se déplacer pour aller travailler ou se soigner et n'ont souvent pas d'autres choix que de prendre le train.

Tout ceci renforce l'éloignement et le délitement des services publics, accentuant le sentiment d'abandon des populations, particulièrement en zones rurales. Il est regrettable de priver progressivement les usagers de la SNCF de la possibilité de bénéficier d'un accueil physique, de proximité, et des échanges possibles avec des interlocuteurs formés.

Ce faisant, je souhaiterais connaître l'intégralité des projets de la SNCF dans le Calvados, à savoir les gares menacées de fermeture, mais aussi celles concernées par des suppressions ou des réductions d'horaires des guichets. Quelles mesures le Gouvernement entend-il prendre pour enrayer le démantèlement du service public ferroviaire de proximité et renforcer la concertation entre les régions, autorités organisatrices des services ferroviaires régionaux, SNCF mobilités et les élus locaux, pour qu'aucune fermeture de gare ou de guichet ne soit

décidée sans accord préalable et sans que des solutions de substitution raisonnables et adaptées au territoire ne soient proposées ?

Mme Brune Poirson, *secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire*. – La politique d'ouverture des guichets et des gares régionales relève de la contractualisation entre les régions, activités organisatrices de réseau ferroviaire et l'opérateur. Logiquement, les régions veillent à l'équilibre entre l'intérêt des infrastructures et leur coût. Pour autant, des solutions de substitution sont nécessaires en cas de fermeture.

Au vu des transformations des comportements d'achat, on peut envisager la distribution de titres de transport par des offices du tourisme et marchands de journaux à proximité de la gare.

Quoi qu'il en soit, selon le principe de libre administration des collectivités territoriales, l'État n'intervient pas dans ces choix.

Mme Corinne Féret. – Peut-être l'État pourrait-il intervenir auprès des régions pour que soient pris en compte les besoins des territoires ruraux ?

Relations commerciales au sein des réseaux de distribution dans le secteur du bricolage

M. Michel Canevet. – J'évoquerai les relations commerciales au sein des réseaux de distribution dans le secteur du bricolage.

Outre le phénomène de concentration observé depuis des décennies, ayant conduit à la fermeture de nombreuses quincailleries dans toutes nos communes, au profit de moyennes et grandes surfaces dédiées au bricolage et à l'aménagement, il demeure impératif que des enseignes de proximité demeurent pour des considérations d'aménagement du territoire et de proximité.

En Bretagne, plusieurs adhérents des réseaux à l'enseigne Weldom ont été mis en difficulté par des pratiques du réseau leur étant préjudiciables. Ils ont saisi les services déconcentrés de la direction générale de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) afin d'apprécier les difficultés et surtout la non-application de la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

Le rapport de l'enquête diligentée par les services de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Dirccte) de Bretagne depuis le 3 novembre 2016 a été transmis à la DGCCRF l'année passée. Quelles suites concrètes y ont été données, concernant les pratiques commerciales dans le secteur du commerce du bricolage ?

M. Gabriel Attal, *secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse*. – La DGCCRF veille à l'équilibre des relations commerciales, indispensable au dynamisme de notre

économie. Ce contrôle s'applique aussi aux négociations commerciales, comme dans l'agroalimentaire, le numérique ou de la franchise que vous évoquez.

Des enquêtes ont été menées dans les secteurs de l'habillement, du chocolat et la restauration rapide. Ainsi, la franchise Subway a été assignée devant le tribunal de commerce de Paris.

Dans le domaine du bricolage, un tribunal a tranché et a donné définitivement tort au plaignant.

Le Gouvernement est mobilisé pour soutenir notre économie, en particulier les PME.

M. Michel Canevet. – Votre réponse ne me satisfait guère. Les relations entre franchises et franchisés ne sont pas équitables. Des remises de fin d'année ne sont pas reversées au franchisé, fournisseur et franchiseur s'accordent des marges considérables qui obligent les franchisés à augmenter les prix. Les contrôles doivent être renforcés.

Protection des abeilles contre les frelons asiatiques

Mme Patricia Morhet-Richaud. – Nous assistons à la prolifération du frelon asiatique - *vespa velutina nigrithorax* - notamment dans les Hautes-Alpes, où la survie des colonies d'abeilles domestiques est en danger et par conséquent l'avenir de l'apiculture compromis. Reconnu comme espèce exotique proliférante ayant un impact sur l'environnement, les cultures et les élevages, cet insecte, apparu accidentellement en 2004 en Aquitaine, fait désormais l'objet d'une réglementation spécifique liée aux dangers sanitaires qu'il implique. Le frelon asiatique est classé dans les listes des dangers sanitaires de deuxième catégorie pour l'abeille domestique - *apis mellifica*.

Si la filière apicole est en charge de l'élaboration et du déploiement d'une stratégie nationale de prévention, de surveillance et de lutte contre le frelon asiatique, elle ne peut à elle seule lutter efficacement sans l'implication des services de l'État et des différents autres partenaires, conformément à la note du 10 mai 2013. Face à l'ampleur du phénomène, sans stratégie collective, il est difficile d'imaginer venir à bout de ce fléau.

Le conseil national d'orientation de la politique sanitaire animale et végétale a défini des méthodes de lutte s'appuyant sur les actions de recherche financées par le ministère de l'Agriculture et de l'alimentation, mais aucun moyen de lutte efficace n'a été validé malgré des expérimentations réussies. Qu'envisagez-vous ?

M. Gabriel Attal, *secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse*. – Je vous prie d'excuser l'absence de Didier Guillaume, retenu à Bucarest par le Conseil de l'Union européenne. Depuis la découverte du frelon asiatique

en France en 2004, la réglementation française et européenne s'est adaptée.

Au regard du degré d'invasion du territoire métropolitain de l'espèce, les opérations de lutte contre le frelon asiatique, exigeant des moyens humains et techniques, ne sont pas prises en charge par l'État.

Des opérations de destruction des nids restent donc à la charge des particuliers et peuvent être soutenues par les collectivités territoriales.

Le frelon asiatique est classé dans la liste nationale des dangers sanitaires de deuxième catégorie (dits « DS 2 »). Cela signifie que la stratégie nationale de prévention relève de la filière agricole avec un appui réglementaire de l'État. Hélas, aucune stratégie collective de lutte n'a encore été reconnue efficace.

Le ministère de l'Agriculture finance donc des recherches afin de trouver une méthode de lutte rapidement applicable, comme le piégeage collectif.

Mme Patricia Morhet-Richaud. – Quinze ans, c'est long ! Les colonies d'abeilles sont en danger : il y a urgence à agir.

Privatisation d'Aéroports de Paris et garanties

M. Laurent Lafon. – À l'occasion de la privatisation du groupe ADP, les élus locaux et les associations de riverains ont fait savoir que le cadre juridique encadrant les conditions d'utilisation de l'aéroport d'Orly était insuffisant et nécessitait d'être renforcé.

Aussi, à la faveur d'un amendement parlementaire, la période de couvre-feu, entre 23 h 30 et 6 h 15 du matin, ainsi que le plafonnement des vols annuels, fixé à environ 200 000 mouvements, de l'aéroport d'Orly ont été inscrits dans la loi, sans que les sanctions en cas de non-respect aient été précisées.

Or la privatisation d'ADP change la nature des relations entre l'État et l'opérateur, faisant naître des interrogations sur la capacité de l'État à faire respecter par un exploitant privé les contraintes propres à l'exploitation d'un aéroport en zone urbaine.

Quelles sont les sanctions envisagées en cas de non-respect de ces règles d'exploitation de l'aéroport d'Orly ? Seront-elles prévues dans le cahier des charges ou faudra-t-il compléter le dispositif législatif pour les prévoir ?

M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse. – Les garanties que vous souhaitez ont été intégrées dans la loi Pacte, qui sanctuarise les restrictions d'exploitation. En cas de non-respect du cahier des charges, la loi Pacte prévoit des sanctions pécuniaires. ADP pourrait même se voir interdire d'exploiter l'aéroport par l'État.

D'autre part, les sanctions applicables par l'Autorité de contrôle des nuisances aéroportuaires restent

inchangées. Des amendes administratives pouvant aller jusqu'à 40 000 euros sont prévues. Aucune n'a été appliquée en 2018 aux compagnies aériennes car les restrictions ont été suivies. De plus, en cas de retard risquant d'entraîner une violation du couvre-feu, l'avion peut être dérouté vers un autre aéroport. Cela s'est produit 19 fois en 2018.

Difficultés dues à la réforme de la taxe de séjour

M. Mathieu Darnaud. – La réforme du régime de la taxe de séjour, instaurée par la loi de finances rectificative pour 2017, entraîne des difficultés kafkaïennes, dont notre pays a le secret, pour les hébergeurs, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) et les offices de tourisme.

De nombreux dysfonctionnements sont dus à la complexité de la méthode de calcul de cette taxe. Depuis le 1^{er} janvier 2019, le tarif pour les hébergements « non classés » ou en attente de classement est calculé sur la base d'une fraction comprise entre 1 % et 5 % par personne et par nuitée hors taxe. Cette nouvelle tarification est particulièrement lourde pour les hébergeurs car ils doivent recalculer le montant de la taxe à chaque réservation.

Depuis l'entrée en vigueur de cette réforme, les plateformes de vente en ligne sont chargées de collecter la taxe de séjour avant de la reverser aux collectivités, celles-ci déplorant un manque de transparence et une absence de contrôle. En effet, ne disposant, à ce jour, d'aucune liste officielle des plateformes de réservations en ligne qui collectent la taxe sur leur territoire, les collectivités craignent que le produit de cette taxe ne devienne aléatoire. Ces dysfonctionnements risquent d'avoir des conséquences très significatives sur les budgets 2019 des EPCI ou des offices de tourisme qui jouent un rôle essentiel dans le financement des actions touristiques locales.

Le Gouvernement envisage-t-il des adaptations pour remédier aux difficultés rencontrées par les collectivités et les hébergeurs ?

M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse. – Les articles 44 et 45 de la loi de finances rectificative pour 2017 et la loi de finances pour 2019 ont effectivement réformé la place de séjour, qui n'est plus réclamée par les hébergeurs. Son mode de calcul a été revu au profit d'un système proportionnel.

Les collectivités territoriales et les offices de tourisme devraient bénéficier d'une augmentation du rendement de la taxe. La procédure n'est ni lourde ni complexe. La taxe est clairement affichée.

L'établissement de la liste que vous réclamez serait toutefois impossible : les acteurs sont bien trop nombreux. Des sanctions sont applicables en cas de

manquements. Le risque de perte de recettes n'est pas avéré. Le produit de la taxe de séjour a augmenté de 8 % entre 2017 et 2018, alors que les plateformes débutaient leurs activités.

M. Mathieu Darnaud. – Vous ne m'avez guère rassuré. Le flou demeure ; il est temps de le lever.

Mission de contrôle de l'obligation scolaire

Mme Catherine Fournier. – L'article L. 131-6 du code de l'éducation oblige le maire à dresser, chaque année, à la rentrée scolaire, la liste de tous les enfants résidant dans sa commune et soumis à l'obligation scolaire. L'article L. 131-4 oblige aussi à communiquer la liste des enfants manquants.

Le maire a la possibilité d'automatiser le traitement des données à caractère personnel relatives aux enfants en âge de scolarité. Ces données lui sont transmises par les organismes chargés du versement des prestations familiales ainsi que par l'autorité de l'État compétente en matière d'éducation.

Or certains maires du Pas-de-Calais, ayant tenté de se rapprocher de la caisse d'allocations familiales, se sont vu opposer une fin de non-recevoir. Sans compter que certaines familles ne sont pas allocataires de la CAF. Dès lors, comment recenser les enfants manquants ?

Lors de l'examen du projet de loi pour une école de la confiance, j'ai déposé un amendement pour que les maires reçoivent systématiquement ces listes - malheureusement déclaré irrecevable au titre de l'article 40.

Que compte faire le Gouvernement afin de simplifier la mission des maires ?

M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse. – Les difficultés matérielles et techniques que rencontrent certains maires nécessitent une attention particulière, *a fortiori* avec le passage à la scolarité obligatoire à 3 ans. Le directeur de la CAF du Pas-de-Calais n'a pas eu connaissance d'une quelconque fin de non-recevoir. Par ailleurs, la CAF et la direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN) sont prêtes à croiser leurs fichiers et répondre conjointement.

Dans le Pas-de-Calais, les inspecteurs de l'Éducation nationale sont mobilisés pour accompagner les municipalités, notamment *via* un partenariat avec la CAF et la PMI.

Le maire peut automatiser le traitement des données, mais seules les familles allocataires sont recensées. Les familles qui développeraient une stratégie d'évitement républicain n'y apparaissent pas. Nos services sont mobilisés, tout comme la Direction générale des collectivités territoriales.

Mme Catherine Fournier. – Aucune réponse, aucune suite n'a été donnée à la demande des maires. C'est ce que j'appelle une fin de non-recevoir.

Les maires essaient d'assumer leurs obligations mais ont le sentiment que l'État se défait.

Langues régionales au baccalauréat

Mme Dominique Estrosi Sassone. – Actuellement, la langue régionale vaut coefficient 2 lors du passage de l'examen du baccalauréat mais la réforme qui sera mise en œuvre en 2021 fait basculer les langues régionales dans une notation en contrôle continu. Les élèves risquent de se détourner d'une matière qui n'ouvre plus une possibilité de points.

Si la réforme du baccalauréat permet en théorie de choisir pour spécialité n'importe quelle discipline, peu de lycées définiront en pratique une langue régionale comme spécialité.

En restaurant le prestige des langues anciennes, dotées d'un coefficient 3, on risque d'introduire une concurrence entre options, or toutes ces langues sont des vecteurs culturels.

À Nice, il existe une école bilingue nissart-français depuis 2013, dont la pérennité risque d'être remise en cause si les efforts des élèves ne sont plus récompensés au baccalauréat.

Allez-vous retoucher la réforme du baccalauréat en faveur de ces langues régionales, qui reflètent un patrimoine commun, des traditions, des racines historiques ?

M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse. – Dans de nombreux territoires, l'attachement aux langues régionales dépasse la question de la valorisation au baccalauréat. Pour autant, leur place est valorisée dans la réforme, qui a fait l'objet d'une concertation avec les associations des langues régionales et la Fédération pour les langues régionales dans l'enseignement public.

L'arrêté du 22 février 2019 permet de choisir une langue vivante régionale comme enseignement de spécialité, dotée d'un coefficient total de 16 sur 100, avec quatre heures en première et six heures en terminale. Jusqu'ici, la langue vivante régionale approfondie ne pouvait être choisie que par une minorité d'élèves, en série L.

Pour le baccalauréat général, il est possible de choisir une langue régionale comme enseignement commun au titre de la langue vivante B ou en option au titre de la langue vivante C.

Cette possibilité sera également ouverte dans la voie technologique, et ce choix sera toujours proposé dans la série Sciences et technologies de l'hôtellerie et de la restauration, où la langue régionale a un intérêt tout particulier.

La réforme du baccalauréat conforte le poids des langues régionales dans l'examen. Elles sont enfin valorisées par l'arrêté du 20 décembre 2018 qui prévoit la possibilité d'un enseignement en langue régionale dans des disciplines non linguistiques. Ainsi, sur les trois heures d'histoire-géographie, une pourrait être dispensée en langue régionale.

Notre objectif politique est bien de valoriser les langues régionales.

Mme Dominique Estrosi Sassone. – Les professeurs de langue régionale ne sont guère rassurés. Le choix de l'enseignement optionnel en langue régionale n'est pas favorisé. Ce qui a été possible pour les langues anciennes doit l'être pour les langues régionales, qui sont tout autant un vecteur culturel et patrimonial.

La Fédération des enseignants de langue et de culture d'oc a développé un argumentaire que je vous transmettrai.

Transfert des biens des communes dans le cadre d'une commune nouvelle

Mme Catherine Fournier, en remplacement de Mme Sylvie Vermeillet. – Les communes historiques ont l'obligation de publier auprès du service de publicité foncière le transfert de propriété des biens vers la commune nouvelle. Cela nécessite un travail considérable de recensement des parcelles et de recherche des origines de propriété des biens à muter.

Certains notaires considèrent que l'arrêté préfectoral créant la commune nouvelle n'emporte pas transfert de droit automatique de propriété, parcelle par parcelle, sans publicité au service de publicité foncière compétent. Outre la lourdeur administrative, cette procédure a également un coût non négligeable pour les collectivités.

Quelles mesures concrètes pourraient être envisagées afin de permettre un transfert systématique du patrimoine des anciennes communes ? La simple publication des nouveaux numéros du système informatique pour le répertoire des entreprises (Siren) de communes au service des publicités foncières pourrait entraîner le transfert des biens des anciennes communes de manière systématique et globale.

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. – La création d'une commune nouvelle par fusion n'est pas un simple changement de dénomination ni de numéro Siren : elle entraîne la création d'une nouvelle personne morale.

Le transfert des biens immobiliers à la commune nouvelle doit être publié au fichier immobilier, en application de l'article 28 du décret du 4 janvier 1955. Si les exigences de forme régissant la publicité foncière doivent être respectées, la publication du

transfert est exonérée de taxe de publicité foncière, ce qui dispense d'évaluer les immeubles.

Recenser tous les biens concernés peut s'avérer lourd. Les transferts peuvent alors être constatés au fil de l'eau, c'est-à-dire immeuble par immeuble à l'occasion des mutations postérieures à la création de la commune nouvelle.

Mme Catherine Fournier. – Le département Jura a 60 communes nouvelles. La démarche est beaucoup plus simple pour les fusions de sociétés commerciales. Ne peut-on envisager des simplifications ?

Difficultés du SDIS de Seine-Maritime

Mme Agnès Canayer. – En 2017, les pompiers sont intervenus plus de 66 000 fois en Seine-Maritime, 6 227 fois sur des incendies, 3 114 fois pour des opérations diverses et 2 135 fois pour des risques technologiques. Face à la désertification médicale, ils sont plus en plus sollicités. Leur présence territoriale doit être confortée.

Or la situation des SDIS est fragile, comme le souligne le rapport de la Cour des comptes du 26 mars dernier, en raison de la hausse des charges de personnel qui représente 82 % des charges, et de l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne du 21 février 2019 qui applique aux sapeurs-pompiers la directive de 2003 sur le temps de travail - non sans conséquences sur le recrutement, déjà difficile, de volontaires. S'ajoutent la hausse du prix du carburant et les dépenses entraînées par la mise en œuvre du RGPD.

Les financements sont eux aussi fragilisés. Le dispositif de Cahors impacte directement les SDIS dont les principaux contributeurs sont les collectivités. En Seine-Maritime, cinq collectivités contributrices, Rouen, Le Havre, la métropole Rouen-Normandie, la communauté urbaine Seine-Métropole et le département, sont concernées par la contractualisation qui les oblige à maîtriser leurs dépenses de fonctionnement, dont la contribution au SDIS. Comment le Gouvernement compte-t-il accompagner les SDIS, pris en étau entre la hausse des contraintes et la baisse des financements ?

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. – Les collectivités entrant dans le champ de l'article 29 de la loi de programmation des finances publiques du 22 janvier 2018 s'engagent sur un objectif annuel d'évolution de leurs dépenses réelles de fonctionnement. Les résultats de gestion sont constatés chaque année lors d'un examen partagé par la collectivité territoriale contractante et l'État. Pour être pertinentes, les comparaisons doivent être effectuées à périmètre constant.

L'article L. 1424-35 du code général des collectivités territoriales prévoit que la contribution du département au SDIS est fixée chaque année au vu du

rapport sur l'évolution des ressources et des charges prévisibles ; elle fait l'objet d'une convention pluriannuelle.

Les contributions au SDIS des collectivités concernées ne peuvent être prises en compte dans l'objectif de maîtrise des dépenses qu'en cas de variation annuelle importante du fait d'un événement exceptionnel, comme une catastrophe naturelle de grande ampleur.

Le dispositif contractuel est assez souple pour préserver les conditions d'action des SDIS ; le Gouvernement a fait le choix de la stabilité d'un dispositif qui résulte des échanges avec les associations d'élus lors de la Conférence nationale des territoires de Cahors.

Mme Agnès Canayer. – Je relaie l'inquiétude du SDIS 76, financé à hauteur de 73 % par deux contributeurs et soumis à des contraintes spécifiques de nature régulière et non exceptionnelle.

Exercice d'une fonction élective pendant un arrêt maladie

M. Éric Gold. – Une conseillère municipale de mon département se voit réclamer par la CPAM l'intégralité des indemnités journalières perçues pour avoir participé à trois réunions du conseil municipal pendant un arrêt maladie. Le médecin avait pourtant précisé sur l'arrêt de travail que les sorties libres lui étaient autorisées. Or il faut préciser spécifiquement que les activités liées au mandat sont autorisées, ce que la plupart des élus et des médecins ignorent.

Cette conseillère municipale a eu le courage de poursuivre son mandat malgré la maladie. Le devoir de l'État n'est-il pas d'encourager l'engagement, dans un contexte de crise des vocations ?

Comment éviter de telles situations aussi ubuesques qu'injustes ? Comment améliorer l'information des élus et des médecins ? Enfin, le pouvoir de police du maire n'est pas transférable : que se passe-t-il si celui-ci est en congé maladie ?

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. – Je connais les difficultés rencontrées par les élus locaux qui sont en arrêt maladie.

Le bénéfice des indemnités journalières est en effet subordonné à certaines conditions. Le salarié, par ailleurs élu local, ne peut régulièrement exercer son mandat électif que si son médecin l'y autorise expressément sur l'arrêt de travail. Faute de quoi il s'expose à devoir rembourser les indemnités journalières, voire à une sanction financière.

Or souvent, les élus l'ignorent. C'est pourquoi une fiche explicative a été transmise aux associations d'élus et sera intégrée par l'Association des maires de France à son guide de l'élu local.

Le 25 avril 2019, le président de la République a dit souhaiter un travail sur le statut de l'élu. Le Gouvernement entend faire aboutir ce chantier avant le prochain scrutin municipal.

Quant au pouvoir de police d'un maire empêché, il peut être délégué à titre préventif à des adjoints ; à défaut, le maire peut être remplacé dans la plénitude de ses fonctions par un adjoint, voire un conseiller municipal dans l'ordre du tableau. Ce régime général de suppléance, prévu à l'article L. 2122-17 du code général des collectivités territoriales, vise à assurer la continuité de l'action municipale et concerne également les pouvoirs de police du maire.

M. Éric Gold. – Merci de ces précisions. Reste que pour l'instant, le message n'est pas passé auprès des élus ni des médecins.

Taxe sur les droits de passage des opérateurs de télécommunications

Mme Catherine Morin-Desailly. – Dans un livre blanc d'octobre 2018, la Banque des territoires a confirmé les difficultés que j'ai constatées dans mon département concernant la taxe sur les droits de passage. La loi du 26 juillet 1996 a conditionné la délivrance d'une permission de voirie à l'acquittement de redevances pour l'occupation du domaine public routier. En 2004, la loi pour la confiance dans l'économie numérique a reconnu la compétence des collectivités territoriales en la matière tout en instituant une compétence concurrente et partagée entre tous les échelons, sans en définir les contours.

Le 9 octobre 2017, la métropole Rouen Normandie a décidé la création d'une taxe sur les droits de passage des opérateurs de télécommunications pour le domaine public routier, alignant la tarification sur les plafonds fixés.

La métropole exerce donc un pouvoir fiscal alors qu'elle n'a pas la compétence de l'enfouissement des réseaux. Sous couvert d'exercer la compétence voirie, elle s'est attribué l'exclusivité du produit de cette taxe. Or les travaux d'enfouissement ont été entièrement financés par les communes qui devraient logiquement percevoir les recettes de la taxe sur les droits de passage des opérateurs.

Les expériences de ce genre n'incitent guère les communes à investir dans des équipements coûteux. La métropole ne devrait-elle pas reverser aux communes les recettes de la taxe ?

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. – La métropole Rouen Normandie est compétente en matière de voirie : comme gestionnaire du réseau occupé, elle est bien compétente pour instituer et percevoir la redevance, quand bien même l'enfouissement des réseaux assujettis à la redevance a été réalisé par les communes. Toutefois, en cas d'accord, elle peut reverser tout ou partie du produit à

ses communes membres, comme le prévoit le code général des impôts.

Avenir des zonages

Mme Anne-Catherine Loisier. – Sept des huit régimes zonés existant en France expirent en 2020. Ils permettent des mesures d'exonérations fiscales en faveur des entreprises, de charges sociales patronales et sont pris en compte dans les dotations aux collectivités ou pour l'octroi d'aides des agences de l'eau.

Si l'efficacité de certaines mesures doit être évaluée, ne laissons pas les territoires concernés sans solutions. De fait, les zones de revitalisation rurale (ZRR), les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ou les zones de développement prioritaire (ZDP) restent un outil de dynamisme et de soutien important.

Comment le Gouvernement envisage-t-il le renouvellement des zonages nationaux ? La révision sera-t-elle reportée à 2022 comme pour les zonages AFR ?

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. – La France compte sept régimes zonés nationaux et un régime européen, les zones d'aides à finalité régionale (AFR). Six arrivent à échéance en 2020, le zonage QPV ayant été prolongé, comme l'AFR, jusqu'en 2022.

Ces zonages sont importants pour les territoires ; ils ouvrent droit à des exonérations fiscales et de charges ainsi qu'à certaines aides, dont celles des agences de l'eau.

Le Gouvernement est attaché à ces dispositifs. Toutefois, avant d'être prolongés, ils doivent être finement évalués. Le Gouvernement se nourrira naturellement des travaux parlementaires. Les ZRR ont ainsi fait l'objet de deux rapports de l'Assemblée nationale et d'un contrôle budgétaire mené par vos collègues M. Bernard Delcros et Mme Frédérique Espagnac, en lien avec la mission d'information de M. Rémy Pointereau.

Enfin, j'ai demandé à la mission sur l'élaboration d'un agenda rural d'étudier les dispositifs de zonage, dont les ZRR et les bassins d'emploi à redynamiser (BER), et de faire des propositions.

Mme Anne-Catherine Loisier. – Le débat est lancé avec les parlementaires. Il est important d'informer rapidement les acteurs locaux sur la reconduite ou la révision des zonages, car ils ont besoin d'anticiper. 2021 arrive à grands pas !

Avenir des grands syndicats d'eau et d'assainissement

M. Daniel Laurent. Dans la perspective du nouvel acte de décentralisation annoncé par le président de la République, il conviendrait de réviser certaines

dispositions qui pénalisent les grands syndicats d'eau et d'assainissement et les EPCI membres. Souvent de taille départementale voire interdépartementale, ces syndicats assurent une mutualisation à large échelle, source d'économies, de réponses adaptées et de solidarité entre zones urbaines et rurales.

Adopté sans concertation ni étude d'impact préalable, l'article 250 de la loi de finances pour 2019 intègre dans le calcul du coefficient d'intégration fiscale (CIF) des communautés de communes la redevance d'assainissement en 2020, puis la redevance d'eau potable en 2026. Cela permettra à l'EPCI de bonifier sa dotation d'intercommunalité, sous réserve d'exercer lui-même les compétences, quitte à les reprendre aux syndicats existants. On incite à fractionner une compétence déjà exercée sur un territoire étendu sans se soucier de rationalisation ni d'efficacité. Or l'intégration des redevances d'eau et d'assainissement dans le CIF n'aura aucune incidence sur la dotation d'intercommunalité, que la compétence soit exercée par l'EPCI ou transférée à un syndicat mixte.

Le Gouvernement entend-il, en lien avec les collectivités territoriales, réexaminer une disposition qui pénalise les grands syndicats supra-communautaires et les intercommunalités qui en sont membres ?

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. – La loi de finances pour 2019 prévoit que la redevance d'assainissement des communautés de communes sera prise en compte pour le calcul du CIF à compter du 1^{er} janvier 2020, et la redevance d'eau potable à compter de 2026.

Cette mesure a été introduite par amendement parlementaire. Le Gouvernement, après en avoir demandé le retrait à l'Assemblée nationale, l'a acceptée à condition que son entrée en vigueur soit repoussée à 2020. Les sénateurs l'ont repoussée à 2026, par cohérence avec la loi du 3 août 2018 qui rend le transfert de cette compétence obligatoire à cette date. Ce n'était pas illogique, le Gouvernement s'était donc remis à la sagesse du Sénat.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a prévu l'intégration de la redevance d'assainissement en 2020 et celle de la redevance d'eau potable en 2026.

L'administration vient d'engager les travaux d'examen. Nous avons d'ores et déjà reçu des courriers alertant sur de potentiels effets négatifs sur l'organisation des services d'eau et d'assainissement.

La volonté du Gouvernement n'est pas de perturber le fonctionnement d'un service public indispensable. Nous serons attentifs aux difficultés qui remontent du terrain et en tirerons les conséquences.

Difficultés d'Aquitanis

Mme Florence Lassarade. – La baisse de l'aide personnalisée au logement (APL) a contraint Aquitanis, l'office public de l'habitat de Bordeaux Métropole, à compenser celle-ci à hauteur de 3,3 millions d'euros en 2018. En 2019, le montant de cette compensation devrait être du même ordre. En 2020, il devrait doubler. Ainsi, en trois ans, ce sont 13 millions d'euros en moins qui ne pourront pas être investis par Aquitanis dans la production de nouveaux logements ou dans des travaux de maintenance. Cela représente la part des fonds propres qui aurait pu être réservée à la construction de 580 logements ou à la réhabilitation de 430 logements.

Quelles mesures le Gouvernement envisage-t-il pour préserver l'avenir du logement social à Bordeaux Métropole et plus largement en France ?

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. – La réduction des loyers de solidarité est une mesure importante de rétablissement des comptes publics. Des mesures d'accompagnement ont été décidées dès 2018 : gel du taux du livret A, prêts de haut de bilan bonifiés, allongements de dette, etc. La clause de revoyure s'est conclue par la signature avec le monde HLM d'un pacte productif, le 25 avril 2019. Il donne un cadre financier aux acteurs pour trois ans, ce qui leur laisse le temps de se restructurer en utilisant les outils de la loi ELAN.

En contrepartie, les bailleurs bénéficient d'une baisse de cotisations de 300 millions d'euros, d'une TVA à 5,5 % sur certaines opérations, soit un gain de 200 millions d'euros, de remises commerciales de la Caisse des dépôts à hauteur de 50 millions. S'y ajoute l'ouverture d'une enveloppe de 800 millions d'euros de titres participatifs. Le plan d'Action logement finance l'investissement et la restructuration du secteur pour plus d'un milliard d'euros.

Les objectifs ambitieux de construction et de rénovation illustrent bien notre volonté de consolider le logement social.

Mme Florence Lassarade. – La Gironde accueille 20 000 habitants supplémentaires par an et l'augmentation des loyers à Bordeaux suit celle des prix de l'immobilier. Si l'on veut préserver la mixité sociale et éviter de gonfler les rangs des gilets jaunes sur les ronds-points, il faut faire davantage. Les fonds n'ont pas été attribués en 2017 et 2018 !

La séance est suspendue à 12 h 45.

PRÉSIDENCE DE M. DAVID ASSOULINE,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 14 h 30.

Rappel au Règlement

Mme Nathalie Goulet. – Mon rappel se fonde sur l'article 29 *ter* de notre règlement. Hier, à Tripoli, dans le nord du Liban, un terroriste, qui sortait de prison, a tiré sur les forces de sécurité. Daech a revendiqué l'attentat.

Je sollicite de notre Haute Assemblée et de sa commission des affaires étrangères un débat sur ce sujet car toute déstabilisation du Liban-Nord provoquerait des dommages irréparables dans une région si promptement à s'enflammer.

J'adresse également mes condoléances aux victimes et à l'ensemble de nos amis libanais.

M. le président. – Acte est donné de votre rappel au Règlement.

Mises au point au sujet de votes

M. Guillaume Arnell. – Lors du scrutin n°127 sur l'amendement n°712 rectifié, MM. Labbé et Dantec ont été enregistrés comme votant contre alors qu'ils souhaitaient voter pour.

Lors du scrutin n°129 portant sur les amendements identiques n°1 rectifié *quater*, 542 rectifié *quinquies* et 762 rectifié, MM. Labbé et Gabouty ont été enregistrés comme s'étant abstenus alors qu'ils souhaitaient voter pour.

Mme Élisabeth Doineau. – Mme de la Provôté, lors du scrutin n°129, a été enregistrée votant pour, alors qu'elle souhaitait s'abstenir.

M. le président. – Acte vous est donné de ces mises au point. Elles seront publiées au *Journal officiel* et figureront dans l'analyse politique du scrutin.

**Organisation du système de santé
(Procédure accélérée - Suite)**

M. le président. – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Discussion des articles (Suite)**ARTICLE 2 (Suite)**

M. le président. – Amendement n°796, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 9

Remplacer les mots :

de troisième cycle

par les mots :

accédant au troisième cycle

II. – Alinéa 12

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 5° bis Les modalités d'établissement de la liste des postes mentionnés au 3° permettant une adéquation optimale entre le nombre de ces postes et le nombre de postes effectivement pourvus ;

M. Alain Milon, *rapporteur de la commission des affaires sociales*. – C'est un amendement rédactionnel et de correction d'une erreur matérielle.

M. le président. – Amendement n°654 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Celles-ci doivent permettre aux médecins généralistes exerçant dans des associations de soins non programmés et de permanence de soins ambulatoires d'être agréés maître de stage et d'accueillir des étudiants en médecine dans la maquette de leur formation de troisième cycle au même titre que les médecins traitants ;

Mme Véronique Guillotin. – Les médecins généralistes exerçant dans des associations de soins non programmés et de permanence de soins ambulatoires (PDSA) telles que SOS Médecins France devraient accueillir en stage des étudiants de médecine pour compléter leur formation à la prise en charge des soins non programmés.

Certes, mon amendement est théoriquement satisfait mais, sur le terrain, ces structures semblent avoir des difficultés à obtenir les agréments.

M. Alain Milon, *rapporteur*. – Retrait, sinon avis défavorable, car l'amendement est effectivement théoriquement satisfait mais nous attendons les éclaircissements de la ministre.

Mme Frédérique Vidal, *ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation*. – Avis favorable à l'amendement n°796 en remerciant la commission pour sa vigilance.

Concernant l'amendement n°654 rectifié, selon les textes encadrant le troisième cycle des études de médecine, les agréments sont délivrés sur la base du projet pédagogique proposé par le médecin généraliste ; l'accueil d'étudiants dans ces structures est donc tout à fait possible pourvu que la demande d'agrément soit déposée. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°796 est adopté.

L'amendement n°654 rectifié n'a plus d'objet.

M. le président. – Amendement n°392 rectifié, présenté par Mmes Taillé-Polian et Grelet-Certenais.

Alinéa 9

Après le mot :

territoriale

insérer les mots :

, une fois leur nombre global déterminé par le ministre chargé de la santé et par le ministre chargé de l'enseignement supérieur,

Mme Sophie Taillé-Polian. – Cet amendement conserve la possibilité pour les ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur de fixer le nombre d'internes à former par spécialité et subdivision territoriale au vu des manques d'effectifs dans certaines spécialités. La gynécologie, entre autres, serait menacée d'extinction.

M. Alain Milon, *rapporteur*. – Il découle de l'alinéa 9 que le nombre de places disponibles est défini en amont. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, *ministre des solidarités et de la santé*. – Même avis.

L'amendement n°392 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°642 rectifié *ter*, présenté par Mme Imbert, MM. Charon, Pointereau et Sol, Mme Malet, M. Brisson, Mme Garriaud-Maylam, M. Morisset, Mmes Deromedi, Puissat, Deroche et Richer, MM. D. Laurent et Savary, Mme Deseyne, M. Mouiller, Mme Gruny, M. Gremillet et Mme Morhet-Richaud.

Alinéa 9

Compléter cet alinéa par les mots :

déterminés en concertation avec les représentants de la profession dans les départements

Mme Corinne Imbert. – L'université ne peut plus continuer de former des médecins sans se préoccuper des besoins dans les départements.

M. le président. – Amendement n°777 rectifié, présenté par MM. Gremillet, D. Laurent et Panunzi, Mmes Thomas, Chain-Larché et Deromedi, M. Pointereau, Mmes Garriaud-Maylam et Malet, MM. Brisson, Bonhomme et Karoutchi, Mme Lassarade et MM. de Nicolay, Chatillon et Magras.

Alinéa 9

Compléter cet alinéa par les mots :

déterminés en concertation avec les représentants de la profession des territoires

M. Michel Magras. – Défendu.

M. Alain Milon, *rapporteur*. – Je m'interroge sur la notion de représentants de la profession, qu'ils soient

dans les territoires ou les départements. De qui s'agit-il ? J'espère les professionnels seront consultés pour déterminer les postes à pourvoir sans qu'il soit besoin de l'écrire dans la loi.

Retrait, sinon avis défavorable aux amendements n°642 rectifié *ter* et 777 rectifié.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les postes ouverts pour l'accès au troisième cycle, qui prennent en compte les spécificités des territoires, sont répartis après avis de l'observatoire national des professions de santé, qui s'appuie sur des instances régionales où sont représentés les professionnels du secteur. Vos amendements sont donc satisfaits. Retrait, sinon avis défavorable.

M. René-Paul Savary. – L'amendement n°642 rectifié *ter* est intéressant. Il n'y a pas toujours d'adéquation entre le périmètre administratif de la région et la localisation des étudiants.

Mme Corinne Imbert. – Je retire mon amendement et fais confiance à Mme Buzyn en notant que Mme Vidal avait pourtant donné un avis favorable, hier, à un amendement qui suivait la même logique.

L'amendement n°642 rectifié ter est retiré.

M. Michel Magras. – Je retire l'amendement dont je suis cosignataire mais adhère totalement aux propos de mon collègue Savary.

L'amendement n°777 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°295 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 9

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, cette affectation s'effectue en priorité au bénéfice de ceux qui y ont effectué leur premier cycle lorsqu'ils en expriment le souhait dans le cadre de leur projet professionnel ;

Mme Michelle Gréaume. – Le dernier rapport de France Stratégie est édifiant : un Antillais sur quatre vit en France hexagonale et près de la moitié des Guadeloupéens de 20 à 34 ans ; 53 % des Guyanais et des Guadeloupéens diplômés du supérieur partent chercher un emploi dans l'Hexagone alors que le taux de diplômés y est inférieur. C'est une vraie fuite des cerveaux ! Résultat, l'accès aux soins est plus difficile là où les besoins sont les plus élevés. Selon le député Gabriel Serville, le fait qu'il n'y existe pas de cursus complet de médecine, réduit la possibilité, pour les étudiants, d'exercer la spécialité de leur choix dans leur territoire d'origine.

M. Alain Milon, rapporteur. – Votre préoccupation, légitime, est satisfaite par l'alinéa 10 de l'article 2. Il est tenu compte, pour les affectations à l'internat, des parcours antérieurs des étudiants. Retrait, sinon avis

défavorable. Des précisions relatives à l'outre-mer pourront être inscrites dans les textes réglementaires.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Les enjeux de santé publique sont d'une acuité particulière dans les outre-mer. Le Livre bleu des outre-mer prévoit des dispositifs spécifiques ; notamment des postes d'assistants spécialistes, financés par l'État. Une priorité d'affectation constituerait, en revanche, une rupture d'égalité entre étudiants. Retrait, sinon avis défavorable. Des précisions réglementaires interviendront pour les modalités de prise en compte du parcours des étudiants.

Mme Laurence Cohen. – J'ai bien compris les arguments du rapporteur, néanmoins, madame la ministre, vous n'avez pas confirmé que notre amendement était satisfait. Or il y a beaucoup à faire en outre-mer.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Je vous confirme que votre amendement est satisfait par l'alinéa 10.

L'amendement n°295 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°177 rectifié, présenté par MM. J. Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllégatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Préville et Tocqueville, MM. Sueur et Montaugé, Mme Harribey, MM. Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly et Duran, Mme Conconne, M. Lurel, Mme Artigalas, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Kerrouche, Courteau et Temal et Mme Monier.

Alinéa 10, seconde phrase

Après le mot :

formation,

insérer les mots :

le fait d'avoir effectué un ou plusieurs stages dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins,

M. Joël Bigot. – Le nombre d'amendements déposés pour lutter contre les déserts médicaux témoigne des insuffisances du projet de loi. En lien avec les travaux de la commission du développement durable, nous proposons de valoriser, lors de l'affectation des postes ouverts aux étudiants en troisième cycle, la démarche vertueuse consistant à effectuer un stage dans une zone sous-dense. Nous n'imposons rien, la mesure est incitative. Trop de nos concitoyens rencontrent des difficultés d'accès aux soins, même dans mon département du Maine-et-Loire.

M. Alain Milon, rapporteur. – Faire un stage en zone sous-dense ne saurait orienter la possibilité de choisir une spécialité. Ce serait injuste. Encore une fois, quel profil voulons-nous pour les médecins de demain ? Il convient, en revanche, d'encourager les

stages en ambulatoire, ce qui sera fait dans le décret d'après les indications que m'a données la DGS. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°177 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°494 rectifié, présenté par MM. Chasseing, A. Marc, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue et Malhuret, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattebled et Bonne, Mmes Deromedi, Guillotin et Noël, MM. Bouloux et Gabouty, Mme N. Delattre et MM. Mandelli, Laménie et Bonhomme.

Alinéa 10

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Pour garantir l'égalité des chances entre les candidats, les modalités d'affectation s'effectuent dans le respect des conditions d'équité au regard des résultats des épreuves.

M. Daniel Chasseing. – Cet amendement donne une part prépondérante aux résultats aux épreuves pour réduire la subjectivité inhérente aux jurys d'admission.

M. le président. – Amendement n°641 rectifié *bis*, présenté par Mme Imbert, MM. Charon, Pointereau et Sol, Mme Malet, M. Brisson, Mme Garriaud-Maylam, M. Morisset, Mmes Deromedi, Puissat, Deroche et Richer, MM. D. Laurent et Savary, Mme Deseyne, M. Mouiller, Mme Gruny, M. Gremillet et Mme Morhet-Richaud.

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Pour garantir l'égalité des chances entre les candidats, les modalités d'affectation s'effectuent dans le respect des conditions d'équité au regard des résultats aux épreuves ;

Mme Corinne Imbert. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Animé par la même inquiétude que les auteurs des amendements, j'ai interrogé la DGS sur la part des notes obtenues aux épreuves écrites dans l'orientation en troisième cycle. Elle restera prépondérante. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – La suppression des ECN ne signifie pas l'abandon du principe d'égalité entre les candidats. Les décrets, sur lesquels les concertations sont en cours, préciseront que les épreuves écrites sont anonymes ; elles seraient organisées au niveau national selon les orientations qui se dessinent. Lors de la vérification des connaissances en situation, l'absence de liens d'intérêt entre examinateur et candidat sera garantie. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°494 rectifié est retiré.

Mme Corinne Imbert. – Je remercie le rapporteur et la ministre de nous avoir rassurés.

L'amendement n°641 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°24 rectifié, présenté par M. Segouin, Mme Eustache-Brinio, M. Lefèvre, Mme Gruny, M. Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Longuet, Revet et Morisset, Mmes Deromedi et Malet, MM. Genest, Mandelli, Laménie, Pellevat, Rapin, Cuypers et B. Fournier, Mmes Canayer, A.M. Bertrand et Lamure et M. Gremillet.

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités de formation théorique des internes en médecine générale en matière de gestion du cabinet, de comptabilité et de fiscalité ;

M. Vincent Segouin. – Une formation théorique en troisième cycle de médecine à la gestion d'un cabinet médical faciliterait l'installation, à laquelle est souvent préféré l'exercice en centre ou maison de santé. De nombreux jeunes la demandent.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission des affaires sociales ne souhaite pas préciser dans la loi le contenu des études de médecine. Cela n'est pas du domaine législatif et pourrait s'avérer contre-productif si l'on oubliait de citer un sujet d'importance. Donc, avis défavorable. Ce sera la même chose pour tous les amendements en ce sens, dont ceux sur l'aromathérapie et l'homéopathie.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

Mme Élisabeth Doineau. – Pour rassurer mon collègue, certaines régions proposent déjà ces modules qui mériteraient d'être généralisés.

M. René-Paul Savary. – C'est un amendement très pragmatique. Pour un jeune médecin, entrer dans une société civile de moyens (SCM) n'est pas facile, en sortir non plus. Un second frein à l'installation réside dans l'embauche de personnel, à laquelle les jeunes ne sont pas formés.

Comme le rapporteur, je pense que cette mesure ne doit pas être inscrite dans la loi mais prévoir un accompagnement des jeunes médecins est essentiel.

M. Vincent Segouin. – Soit, cela ne sera pas inscrit dans la loi mais cela sera-t-il bien dans le cursus ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – L'organisation de l'enseignement incombe aux doyens des facultés de médecine. Dans un courrier, nous leur préciserons les sujets très sensibles sur lesquels les parlementaires veulent attirer leur attention : violences faites aux femmes, sensibilisation au handicap ou encore aux vulnérabilités. Compte tenu des difficultés d'installation, il est évident que le module à la gestion d'un cabinet se développe mais pourquoi obliger les étudiants qui souhaitent s'engager dans une spécialité

hospitalière à le suivre ? Proposons-le aux étudiants qui le souhaitent là où le besoin s'en fait sentir.

M. Bernard Delcros. – Je suivrai le rapporteur. Il n'empêche, la gestion d'un cabinet représente une difficulté vécue sur le terrain. Il faut l'enseigner sur tout le territoire.

L'amendement n°24 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°105 rectifié *bis*, présenté par Mmes Lassarade et Micouleau, MM. Brisson, Vogel, Morisset et Panunzi, Mmes Deromedi, Morhet-Richaud et Bruguière, M. Genest, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Pellevat et Piednoir, Mmes Chain-Larché, Thomas, Deroche et A.M. Bertrand, M. Poniatowski, Mme de Cidrac et MM. Laménie et Gremillet.

Après l'alinéa 12

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° Les modalités de mise en œuvre de la réforme ;

« ...° La gouvernance de la réforme associant la représentation des établissements publics de santé. »

Mme Florence Lassarade. – Il faut revoir et préciser les conditions de mise en œuvre des réformes des études médicales et le rôle des différents acteurs, notamment des coordonnateurs et des sociétés savantes. Les établissements doivent également être mieux associés à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques et, à ce titre, intégrer la Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie (Cnemmpop).

M. le président. – Amendement n°30 rectifié *bis*, présenté par MM. Bonne, Sol et Henno, Mmes M. Mercier, Malet, Puissat, Di Folco, Bonfanti-Dossat et Deroche, MM. Bascher, Savary, Hugonet et Lefèvre, Mme Lassarade, MM. Laugier et D. Laurent, Mmes Estrosi Sassone et Deromedi, M. Détraigne, Mmes L. Darcos et Bruguière, MM. Babary, Morisset, Vogel, Saury, Mayet, Genest, Karoutchi, Raison, Perrin, Mandelli, Pellevat, Laménie et B. Fournier, Mme Chauvin, M. Cuypers, Mme Imbert, MM. Rapin, Bouloux, Charon, Sido et J.M. Boyer, Mme Lamure et M. Gremillet.

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° La gouvernance de la réforme associant la représentation des établissements publics de santé ;

M. Bernard Bonne. – C'est un amendement similaire.

M. le président. – Amendement n°294, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités de représentation des établissements publics de santé dans le cadre de la gouvernance de la réforme ;

Mme Laurence Cohen. – Cet amendement associe les établissements publics de santé à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques.

Madame Vidal, vous avez répondu à notre collègue député Pierre Dharréville que vous n'étiez pas opposée à une adaptation de la gouvernance en vigueur pour assurer la représentation de toutes les parties prenantes.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces trois amendements ont le même objectif : fixer la gouvernance de la réforme par un décret en Conseil d'État. Mais qu'est-ce que la gouvernance de la réforme ? De quelle réforme parle-t-on ? Sur le fond, il serait curieux de n'associer que les établissements publics. Avis défavorable.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Je confirme mes propos à l'Assemblée nationale : les ajustements que j'évoquais ont vocation à être pris par voie réglementaire. Rejet.

L'amendement n°105 rectifié bis est retiré, de même que l'amendement n°30 rectifié bis.

Mme Laurence Cohen. – Que les établissements publics de santé soient associés à la gouvernance de la réforme est essentiel. Ce sera fait par voie réglementaire, c'est une bonne chose.

L'amendement n°294 est retiré.

M. le président. – Amendement n°672 rectifié, présenté par MM. Labbé, Antiste, Arnell et Artano, Mme Benbassa, MM. Bignon, A. Bertrand, Cabanel et Castelli, Mme M. Carrère, M. Collin, Mmes Conconne et Conway-Mouret, MM. Corbisez, de Nicolaÿ, Dantec et Decool, Mme N. Delattre, M. Delcros, Mme Dindar, MM. Gabouty, Gold, Gontard, Guérini et Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde, MM. Laurey, Léonhardt et Moga, Mmes Monier et Prévaille, MM. Requier et Roux, Mme Tetuanui et MM. Vall et Vogel.

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions et modalités dans lesquelles est délivrée une formation relative à la santé par les plantes, la phytothérapie et l'aromathérapie ;

M. Joël Labbé. – Cet amendement transcrit dans la loi une proposition du rapport issu de la mission sénatoriale sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales. Il est signé par des élus de plusieurs groupes qui ont voulu poursuivre le travail ensemble. Ce rapport recommande d'introduire une sensibilisation à la phytothérapie dans la formation initiale des médecins. De plus en plus de patients recherchent des soins plus naturels, parfois sans en parler à leur médecin, qui n'est souvent pas formé pour répondre à cette demande et ne pense pas

nécessairement à interroger le patient sur ses pratiques pour éviter de potentielles interactions médicamenteuses. De plus, les plantes ont un vrai intérêt pour la santé publique : certaines huiles essentielles diminuent la résistance aux antibiotiques. Cet enjeu est particulièrement important dans les outre-mer, où les usages des plantes sont plus répandus qu'en Métropole.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le rapport de la mission d'information sur les plantes a bien été adopté mais sans l'accord de tous ses membres. Quant à la deuxième mission dont vous vous réclamez, elle est purement informelle et n'est pas financée par le Sénat.

Cet amendement est peu clair. S'il s'agit de créer une nouvelle filière, il tombe sous le coup de l'article 40 de la Constitution. S'il vise une nouvelle spécialité en troisième cycle, cela ne relève pas de la loi. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

M. Joël Labbé. – Je parlais bien du rapport de la mission d'information, dont les recommandations ont été votées à l'unanimité, et pas du groupe de travail qui lui fait suite.

La médecine par les plantes est complémentaire, or les médecins n'y sont pas formés. Je pourrais retirer mon amendement si la ministre s'engageait à mentionner ce sujet dans la lettre aux doyens.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les plantes sont de la chimie comme une autre, la plupart des médicaments viennent des plantes. L'une des chimiothérapies les plus efficaces est tirée de l'écorce d'if. Je m'engage à porter l'attention des doyens sur les interactions médicamenteuses tout en soulignant que ce sont les pharmaciens qui, par leur formation, sont davantage engagés dans la conciliation médicamenteuse.

Mme Angèle Prévile. – J'ai participé à la mission d'information Herboristerie, qui nous a révélé un monde vertueux et prometteur. Comment avons-nous pu laisser de côté les pratiques ancestrales, aveuglés par le mirage du tout-chimique ? Les plantes sont notre chance. Elles ont permis à l'humanité de se soigner depuis la nuit des temps, de traverser les siècles. Dans le Diois, notre mission d'information a rencontré un médecin, un pharmacien et un herboriste qui travaillaient en parfaite harmonie, constituant un magnifique triumvirat de santé sur leur territoire.

Un module scientifique consacré à la médecine par les plantes est indispensable. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe SOCR*)

M. Michel Amiel. – La phytothérapie n'est pas une médecine douce. La ministre l'a rappelé : de nombreux médicaments inscrits au Codex sont issus des plantes. Il y a longtemps, j'avais fait un diplôme universitaire d'aromathérapie et de phytothérapie. Que certains veuillent s'orienter dans cette voie, sachant que la prescription n'est plus remboursée depuis les années

1990, pourquoi pas mais, pardon pour la trivialité de l'expression, ne chargeons pas la mule.

L'amendement n°672 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°679, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions et modalités dans lesquelles est délivré un enseignement relatif au continuum des violences sexuelles ou sexistes, à leur détection, aux stéréotypes de sexe, au respect du corps d'autrui et de son consentement ;

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Cet amendement intègre dans la formation des médecins des modules relatifs aux droits des femmes, aux stéréotypes de sexe et au respect du corps d'autrui. Les violences faites aux femmes ont été érigées au rang de grande cause du quinquennat.

Les témoignages sur ces violences se sont multipliés à la faveur de #MeToo et #PayeTonGynéco. Il faut former au repérage des violences sexuelles et sexistes. Trop de femmes sont encore victimes de comportements inadaptés dans les hôpitaux.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable pour des raisons déjà mentionnées. N'inscrivons pas de modules de formation dans la loi, sous peine d'être condamnés à une exhaustivité inatteignable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis pour les mêmes raisons. Tous les thèmes de formation ne peuvent figurer dans la loi, même s'ils font l'objet d'une politique publique, comme c'est le cas des violences faites aux femmes.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – J'attends du Gouvernement un discours spécialement ciblé sur les professionnels de santé.

Mme Françoise Laborde. – J'entends que l'on ne peut tout inclure dans la loi. Cependant, les médecins sont soumis à une obligation de signalement.

Mme Victoire Jasmin. – Je ne comprends pas : la lutte contre les violences sexuelles et sexistes n'est-elle pas la grande cause du quinquennat ?

M. Alain Milon, rapporteur. – C'est exact mais, à ce compte, il faudra aussi mentionner la santé mentale dans la loi sans parler de l'homéopathie.

Mme Marie-Pierre Monier. – Rien à voir avec les violences faites aux femmes !

M. Alain Milon, rapporteur. – Quant à l'obligation de signalement, nous envisageons avec Mme Deroche et le président de la commission des lois, une mission sur ce thème à l'automne.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La lutte contre les violences faites aux femmes est la grande cause du

quinquennat. La feuille de route est extrêmement précise et nous la mettons en œuvre. Nous avons lancé un appel d'offres pour créer dix centres de psychotrauma, lesquels créeront des réseaux dans les établissements de santé dans leur région. Ils formeront notamment les médecins des services d'urgence afin de diffuser les bonnes pratiques. Ces dix centres territoriaux sont financés par l'État.

Nous sommes extrêmement attentifs aux violences faites aux femmes mais aussi à celles faites aux enfants - nous en avons parlé hier.

Quant à l'obligation de signalement, elle est enseignée dans le module « vulnérabilités » et le module de médecine légale.

À citer les formations, nous risquons d'en oublier. N'inscrivons pas ces thématiques, toutes d'importance, dans la loi. Mais n'ayez crainte, ces thèmes figureront dans le courrier que nous enverrons aux doyens de faculté.

Mme Laurence Rossignol. – Nous avons bien compris votre position générale, mais il nous semble que le sujet des violences sexuelles et sexistes pourrait faire exception. Il existe effectivement des médecins référents dans les hôpitaux, mais notre objectif est de changer le regard de l'ensemble des professionnels de santé, et de sortir d'une logique de publics. Seul un médecin formé aux signaux faibles, quelle que soit sa spécialité, peut détecter des violences faites aux femmes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR ; Mme Christine Prunaud applaudit également.*)

Mme Annick Billon. – Je partage les objectifs de cet amendement, mais je comprends les arguments de notre rapporteur s'agissant de leur inscription dans la loi.

Comme l'a dit Mme Laborde, l'obligation de signalement est indispensable : c'est sans doute la clé pour répondre à ces problématiques.

Je fais confiance aux nombreuses femmes étudiantes en médecine pour faire bouger les lignes. (*Mme Frédérique Puissat applaudit.*)

L'amendement n°679 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°680, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'alinéa 13

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités dans lesquelles est délivré un enseignement relatif à la santé environnementale. »

Mme Angèle Prévaille. – En juin 1999, l'OMS a déclaré que « l'environnement est la clé d'une meilleure santé ».

De nouveaux défis sanitaires attendent les professionnels de santé. Il est nécessaire d'adapter la

formation des futurs médecins en leur délivrant un enseignement relatif à la santé environnementale, notamment sur les impacts des polluants locaux ou globaux sur notre santé.

Les professionnels de santé doivent connaître les risques des expositions aux polluants et les solutions à mettre en place. Ils doivent pouvoir répondre aux inquiétudes. Ils doivent être formés pour mieux informer nos concitoyens.

M. Alain Milon, rapporteur. – Comme pour les amendements précédents : avis défavorable, même si nul ne nie l'importance de la santé environnementale pour l'avenir de l'humanité. Si nous oublions un sujet dans la loi, nous risquons qu'il ne soit pas pris en compte. Laissons au décret le soin de préciser tous ces thèmes.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous sommes très mobilisés, avec François de Rugy, sur ce sujet avec le futur plan national « Mon environnement, ma santé » que nous co-construisons avec l'ensemble des acteurs. Avis défavorable.

M. Bernard Jomier. – Ce débat m'inspire quelques réflexions. Le fait de limiter la réforme au deuxième cycle faisait sens. Les contenus ne sont pas, il est vrai, du domaine de la loi. Les sujets portés par ces amendements ont une portée sociétale et environnementale : ils ne concernent pas uniquement les médecins.

Pour autant, il est nécessaire de former les futurs médecins différemment, de sortir de la surspécialisation et de la surfiliatation. Mme la ministre va écrire aux doyens pour les sensibiliser à ces sujets : tant mieux.

Mais la prise en compte des enjeux de santé environnementale dans les études de médecine est insuffisante au regard des enjeux sanitaires : la pollution de l'air est désormais la première cause de mortalité dans notre pays : 72 000 décès - contre 48 000 précédemment évalués. Et épargnez-nous le débat sur les morts prématurés...

L'amendement n°680 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°827, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 18

Remplacer cet alinéa par douze alinéas ainsi rédigés :

1° L'article L. 681-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les références : « L. 612-1 à L. 612-7 » sont remplacées par les références : « L. 612-1 à L. 612-2, L. 612-3-1 à L. 612-7 », la référence : « L. 632-1 à » est remplacée par la référence « L. 632-4 et » et la référence : « L. 631-1, » et la référence : « L. 632-12, » sont supprimées ;

b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont applicables dans les îles Wallis et Futuna, dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les articles L. 612-3, L. 631-1, L. 632-1 à L. 632-3 et L. 632-12. » ;

1° *bis* L'article L. 683-1 est ainsi modifié :

a) Les références : « L. 612-1 à L. 612-7 » sont remplacées par les références : « L. 612-1 à L. 612-2, L. 612-3-1 à L. 612-7 », la référence : « L. 631-1, » et la référence : « L. 632-12, » sont supprimées et la référence : « L. 632-1 à » est remplacée par la référence : « L. 632-4 et » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sont applicables en Polynésie française, dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les articles L. 612-3, L. 631-1, L. 632-1 à L. 632-3 et L. 632-12. » ;

1° *ter* L'article L. 684-1 est ainsi modifié :

a) Les références : « L. 612-1 à L. 612-7 » sont remplacées par les références : « L. 612-1 à L. 612-2, L. 612-3-1 à L. 612-7 », la référence : « L. 631-1, » et la référence : « L. 632-12, » sont supprimées et la référence : « L. 632-1 à » est remplacée par la référence : « L. 632-4 et » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sont applicables en Nouvelle-Calédonie, dans leur rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, les articles L. 612-3, L. 631-1, L. 632-1 à L. 632-3 et L. 632-12. » ;

M. Alain Milon, rapporteur. – Amendement de coordination pour l'application de cet article à l'outre-mer.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°827 est adopté.

M. le président. – Amendement n°291, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'alinéa 32

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le premier alinéa de l'article L. 632-1 du code de l'éducation est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elles délivrent des enseignements et se déroulent dans un cadre qui respecte le principe de neutralité applicable à l'enseignement. »

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Vous êtes sensible aux liens et conflits d'intérêt entre laboratoires et recherche, mais vous avez rejeté un amendement proche de celui-ci à l'Assemblée nationale, au motif qu'il conduisait à interdire les stages dans les maisons de santé ou dans les établissements privés. Pourtant, la neutralité économique et commerciale est

indispensable à l'université. Mais le manque de moyens et le développement des fondations privées ont conduit les universités à se tourner vers les entreprises privées pour financer leurs projets.

Ainsi, la société de préparation pharmaceutique Genzyme a apporté 46 000 euros et sa concurrente Astrazeneca 31 000 euros à certaines universités. Selon le journal *Alternatives économiques*, l'idée domine que « les médecins qui n'ont pas de lien d'intérêts sont des médecins sans intérêt ». C'est ainsi que les universités de Strasbourg, Amiens ou Paris 7 ont signé entre 150 et 534 conventions avec des laboratoires privés leur fournissant moyens, personnels et matériels pour un montant pouvant atteindre 80 000 euros.

En outre, de nombreux enseignants en médecine sont des praticiens ou d'anciens praticiens qui, après des années d'exercice, parlent plus facilement de Tareg ou d'Irbesartan que d'anti-angiotensine. Dans le cadre de l'enseignement, ils conditionnent donc leurs étudiants à des produits et des marques définies plutôt qu'aux substances médicamenteuses contenues dans lesdits médicaments. Cette situation influence la future pratique des étudiants et elle renforce la porosité entre l'enseignement supérieur et le secteur privé, avec des risques de dérapage : absence d'esprit critique quant à la qualité des produits, influence sur les contenus enseignés, captation des étudiants jugés prometteurs...

La neutralité économique de l'enseignement supérieur doit faire l'objet de l'attention du Gouvernement.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable. La neutralité ne peut concerner uniquement les études médicales.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – La neutralité dans l'enseignement supérieur doit être respectée dans toutes ses dimensions, dont la neutralité commerciale à laquelle vous faites référence. C'est une exigence que nous devons à nos concitoyens.

Dans le cadre des formations professionnalisantes, il convient d'être vigilant sans nous priver de travailler avec le monde de l'entreprise ou avec les industries. Trop de suspicion conduirait à limiter nos capacités d'innovation. Ce serait dommage car nous nous tirerions une balle dans le pied !

Il faut apprendre aux étudiants à conserver un esprit critique sur leurs études scientifiques ; c'est essentiel.

Avis défavorable à votre amendement, qui porte des risques majeurs de contentieux.

Mme Laurence Cohen. – Notre amendement pose une vraie question : il existe de vrais risques de conflits d'intérêt. Quel autre véhicule que la loi pour les éviter ? Les moyens trop limités des laboratoires publics permettent au secteur privé de prendre une

place prépondérante dans la recherche. Or la santé devrait être hors secteur marchand.

Les propos rassurants de la ministre ne nous convainquent pas. Comment faire cesser les pratiques déviantes ? Nous proposons la création d'un pôle public du médicament et de la recherche.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Vous avez raison d'insister. L'amendement de l'Assemblée nationale était inacceptable car trop mal rédigé. Nous veillons à la neutralité dans l'ensemble des facultés. Les établissements de santé doivent mettre en œuvre une charte validée par la HAS sur la visite médicale à l'hôpital, élargie aux dispositifs médicaux et à l'enseignement, en application d'un amendement de Mme Caroline Fiat, députée de la France insoumise.

Les formations doivent demeurer indépendantes des industriels pour éviter des étudiants sous influence, sans que les universités ne se privent des moyens d'innover grâce à des coopérations avec le secteur industriel. Nous essayons de trouver cette ligne de crête.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Nous avons retravaillé l'amendement de Mme Fiat pour le rendre acceptable, d'où notre insistance puisqu'il n'a pas été adopté à l'Assemblée nationale.

L'amendement n°291 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°342, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 33, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, et sur l'évolution des connaissances et des compétences acquises lors des stages professionnels

Mme Michelle Gréaume. – Dans le cadre de l'évaluation prévue dans cet alinéa, nous proposons d'évaluer la qualité des stages proposés aux étudiants dans le cadre de la future réforme du deuxième cycle.

La qualité des stages risque de se détériorer puisque le nombre d'étudiants va augmenter alors que les moyens alloués aux universités stagneront.

Pour une fois, le Sénat accepte de maintenir dans un article une demande de rapport : c'est la preuve des doutes de notre commission sur cet article.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous demandons effectivement une évaluation mais pas un rapport, (*Mme Laurence Cohen se moque.*) et votre amendement me paraît peu pertinent. Il sera question des stages à l'article 2 bis. Avis défavorable.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Je m'en remets à la sagesse du Sénat sur le périmètre de l'évaluation demandée.

L'amendement n°342 n'est pas adopté.

L'article 2, modifié, est adopté.

ARTICLE 2 BIS

M. le président. – Amendement n°274, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 2, première phrase

1° Après le mot :

territoires

insérer les mots :

notamment dans les zones sous-denses

2° Compléter cette phrase par les mots :

notamment dans les centres de santé

M. Éric Bocquet. – Les études médicales doivent permettre aux étudiants d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice des activités de soins et de prévention dans différents territoires et modes d'exercice. C'est plus précis que l'article 632-1 du code de l'éducation qui ne fait référence qu'à l'activité hospitalière.

Nous proposons ici de cibler les zones sous-denses et les centres de santé. Il nous semble, en effet, important que lors de leurs études, les étudiants puissent comprendre les enjeux d'un territoire sous doté, leurs spécificités, et le fonctionnement particulier de structures telles que les centres de santé.

Les déserts médicaux nous préoccupent tous, au même titre que les populations concernées. Les étudiants doivent donc y être sensibilisés. Les centres de santé, structures de proximité encore insuffisamment développées, répondent aux attentes des jeunes professionnels notamment par l'exercice du salariat et l'exercice collectif.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'article L. 632-1 du code de l'éducation couvre déjà tous ces éléments. Cet ajout n'apporte rien d'un point de vue juridique. Évitions, par ailleurs, les inventaires qui risqueraient par un oubli d'être contreproductif. Gardons une formulation large. Avis défavorable.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Même avis.

Mme Laurence Cohen. – Les mots sont importants. Il nous semble important d'insister sur les centres de santé pour diversifier les pratiques des jeunes médecins. Seuls 12 % envisagent, en effet, un exercice libéral. En outre, notre amendement comporte un « notamment » ; ce n'est pas exclusif.

L'amendement n°274 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°31 rectifié bis, présenté par MM. Bonne et Henno, Mmes Malet, M. Mercier, Puissat, Di Folco, Deroche et Bonfanti-Dossat, MM. Bascher, Savary, Hugonet et Lefèvre, Mmes Morhet-Richaud et Gruny, M. Brisson, Mmes Lassarade et Estrosi Sassone, MM. D. Laurent, Morisset, Vogel, Sol, Saury, Pellevat, Perrin, Poniatowski, Mouiller, Mayet, Mandelli, Laménie,

Karoutchi, B. Fournier et Détraigne, Mmes L. Darcos, Deromedi, Chauvin et Bruguière, M. Babary, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Piednoir, Cuypers, Dériot et Rapin, Mmes A.M. Bertrand et de Cidrac, MM. Longeot, Segouin, Bouloux, Charon, Sido et J.M. Boyer, Mmes Lamure et Renaud-Garabedian et M. Gremillet.

Alinéa 2

1° Première phrase

Remplacer les mots :

et modes d'exercice

par les mots :

, modes d'exercice et type de structures

2° Seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

ainsi qu'en établissement médico-social

M. Bernard Bonne. – Le secteur du grand âge souffre d'une pénurie de personnel, due au manque d'attractivité de la filière mais aussi à la désaffection des étudiants pour ces métiers.

La formation initiale des étudiants en médecine, malgré des modules en gériatrie et gérontologie, ne met pas suffisamment en avant les atouts des carrières dans ce secteur.

Aussi, il faut encourager les étudiants, et particulièrement les internes, à réaliser des stages dans les lieux d'accueil des personnes âgées, notamment en Ehpad, afin de les sensibiliser à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement pose un problème rédactionnel. En outre, il est satisfait par l'article L. 632-1 du code de l'Éducation tel que modifié par l'article 2 bis. Dès lors, la précision proposée est inutile, d'autant que les Ehpad constituent des établissements hospitaliers. Avis défavorable.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Même avis. L'amendement est satisfait.

L'amendement n°31 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°283, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 2, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

dans le respect de la dignité et des droits des patients

Mme Laurence Cohen. – Cet amendement reprend une proposition de l'association Aides, pour une santé plus respectueuse.

Des personnels soignants dénoncent une maltraitance institutionnelle liée à la dégradation de

leurs conditions de travail. Les cadences imposées sont incompatibles avec une prise en charge de qualité des patients. Nous avons pu observer ces dérives lors de notre Tour de France des hôpitaux et des Ehpad. Les personnels nous ont parlé des dérives : certaines visites sont espacées, le personnel est ballotté entre les services pour pallier les absences. Certains patients n'osent même plus appeler les infirmiers malgré leur douleur !

La commission nationale consultative des droits de l'homme a montré le caractère systémique de ces maltraitances institutionnelles. Il est urgent de former les soignants à une prise en charge humaine, respectueuse des droits des patients.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le code de déontologie médicale prévoit que « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ». Il n'est pas opportun de l'inscrire, dans une formulation différente, dans le code de l'éducation. Retrait ou avis défavorable.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Même avis pour les mêmes raisons.

M. Bernard Jomier. – Il s'agit d'un énoncé de valeurs et de principes bienvenu dans le code de l'éducation. Le groupe socialiste votera cet amendement.

Mme Michelle Gréaume. – Le personnel soignant est à bout, en raison des réductions d'effectifs. Votons cet amendement, c'est la moindre des choses !

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le sujet est essentiel. Bien entendu, le respect des patients fait partie intégrante des études de médecine. Mais l'important est de le mettre en pratique. La réforme du deuxième cycle renforcera la formation des étudiants auprès des plus vulnérables sur le terrain.

Un rapport sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance dans les établissements de santé, commis par M. Piveteau, va m'être remis, après une large consultation des patients, des syndicats et des fédérations hospitalières. Il sera suivi par une feuille de route.

Les étudiants doivent s'approprier le savoir-être, au-delà du savoir pur. Nous y travaillons. Avis défavorable.

L'amendement n°283 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°682, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Alinéa 2, seconde phrase

Après le mot :

Elles

insérer les mots :

favorisent la participation des patients dans les formations pratiques et théoriques et

Mme Laurence Rossignol. – Cet amendement prolonge la discussion que nous venons d’avoir sur la bienveillance : il rétablit dans le texte la participation des patients dans les formations pratiques et théoriques des études de médecine, supprimée par la commission des affaires sociales.

Le savoir expérientiel des usagers doit être pris en compte lors des études médicales.

M. le président. – Amendement n°525 rectifié, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mme Artigalas.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles favorisent la participation des patients dans les formations pratiques et théoriques.

Mme Victoire Jasmin. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – La suppression de cette mention ne traduisait pas une opposition de fond. La loi n’a pas vocation à définir le contenu des formations de santé, d’où l’avis défavorable.

La déontologie médicale s’applique certes aux médecins mais le respect des médecins s’applique aux patients.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La participation des patients à la formation des professionnels de santé est une des mesures phares du plan « Ma santé 2022 ». Cette pratique est encore peu répandue en France, mais déjà largement pratiquée dans d’autres pays comme la Grande-Bretagne, au Canada, en Australie, en Italie... Elle valorise l’expérience du patient. C’est utile et nous souhaitons sa systématisation dans les facultés de médecine. Il est bon aussi que les patients puissent évaluer les médecins. Je regrette que la commission des affaires sociales ait supprimé cette mesure. Avis favorable à cet amendement.

L’amendement n°682 n’est pas adopté, non plus que l’amendement n°525 rectifié.

M. le président. – Amendement n°458 rectifié, présenté par M. Canevet, Mme Billon, M. Détraigne, Mme Férat et M. Moga.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les étudiants sont également sensibilisés aux théories homéopathiques.

M. Michel Canevet. – L’homéopathie présente un intérêt majeur de santé publique. Un tiers des médecins généralistes y ont recours. C’est un domaine d’excellence pour la France, car nous avons beaucoup de savoir-faire en la matière. Il paraît nécessaire que

les étudiants en médecine soient informés des recours aux prescriptions homéopathiques. Cela répondrait aussi aux attentes de plus de la moitié de la population. L’enjeu sociétal est important.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission des affaires sociales, pour des raisons déjà évoquées, a émis un avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

M. Michel Amiel. – Chaque patient a le droit de se faire traiter par homéopathie, mais parler d’intérêt majeur pour la santé publique me semble exagéré. L’ONG « Homéopathes sans frontières » prétend traiter des maladies graves comme le paludisme dans les pays en développement, alertait le professeur Gentilini, membre de l’Académie de médecine.

Le créateur de l’homéopathie, Samuel Hahnemann, prétendait, au XIX^e siècle, soigner ainsi le choléra. Ne confondons pas traitement et imposture ! (*On se récrie sur divers bancs à gauche.*)

L’amendement n°458 rectifié n’est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°547, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles permettent également aux étudiants d’acquérir les compétences en matière de prise en charge des personnes fragiles et vulnérables, notamment les femmes et les enfants victimes de violence, les personnes en situation de handicap ou en perte d’autonomie.

M. Michel Amiel. – Je rappelle l’importance de la prise en charge de la fin de vie, où les progrès sont encore insuffisants. Mais je retire cet amendement en raison de ce qu’a dit précédemment notre rapporteur. J’espère que la lettre que vous adresserez aux doyens des facultés de médecine évoquera le sujet, madame la ministre.

L’amendement n°547 est retiré.

M. le président. – Amendement n°548, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles délivrent aux étudiants une formation administrative et leur permettent d'acquérir des compétences en matière de gestion du personnel.

L'amendement n°548 est retiré.

M. le président. – Amendement n°550, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles permettent aux étudiants de se familiariser à la question de la santé environnementale.

L'amendement n°550 est retiré.

PRÉSIDENCE DE MME VALÉRIE LÉTARD,
VICE-PRÉSIDENTE

Mme la présidente. – Amendement n°185 rectifié *bis*, présenté par MM. J. Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllegatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévile et Tocqueville, MM. Sueur, Montaugé, Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mmes Artigal et Conconne, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Courteau et Temal et Mme Monier.

Compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

.... – L'article L. 4021-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Des orientations relatives à la santé environnementale. »

.... – Le chapitre I^{er} du titre III du livre VI de la troisième partie du code de l'éducation est complété par un article L. 631-... ainsi rédigé :

« Art. L. 631-.... – Durant les formations de santé, un enseignement relatif à la santé environnementale est dispensé. »

M. Joël Bigot. – Cet amendement précise que les formations initiales et continues des professionnels de santé doivent porter sur la santé environnementale face aux nouveaux défis sanitaires environnementaux.

L'OMS estime que 20 % des cancers sont d'origines environnementales. Il est aussi primordial d'organiser des formations continues à destination des professionnels de la santé. En effet, sur ces thèmes de la santé environnementale, les connaissances progressent rapidement.

Inscrire des orientations relatives à la santé environnementale dans les orientations pluriannuelles prioritaires et dans la formation continue des professionnels serait un bon signal.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°185 rectifié bis n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°551, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles délivrent aux étudiants une formation en matière de prise en charge des personnes en fin de vie, d'utilisation des soins palliatifs et de prise en charge de la douleur.

L'amendement n°551 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°552, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles délivrent aux étudiants une formation en matière d'imagerie médicale.

L'amendement n°552 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°56 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. Dufaut, D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Poniatowski, Perrin et Raison.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les étudiants médecins du troisième cycle devront effectuer, parmi les stages de 6 mois d'internat leur étant imposés, au moins un stage situé en zone caractérisée par une offre de soins suffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434 du code de la santé publique. »

M. Michel Raison. – Cet amendement augmente le nombre de médecins dans certains territoires trop peu représentés par la profession, *via* l'obligation de réaliser un stage de troisième cycle en zone sous-dense.

Mme la présidente. – Amendement n°225, présenté par M. Lafon, au nom de la commission de la culture.

Alinéa 4

Compléter cet alinéa par les mots :

ainsi que de réaliser des stages pratiques dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définies en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

M. Laurent Lafon, rapporteur pour avis. – Cet amendement a le même objet. Je crois connaître la réponse de notre rapporteur, d'autant que l'amendement n°1 rectifié a répondu en partie à cette problématique.

Mme la présidente. – Amendement n°499 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattebled et Vogel, Mmes Deromedi, Guillotin et Noël, MM. Bouloux, Gabouty et Nougéin, Mme N. Delattre, MM. Longéot, Mandelli, Laménie et Bonhomme, Mme Renaud-Garabedian et M. Gremillet.

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Au cours du deuxième cycle, elles offrent aux étudiants la possibilité de réaliser des stages pratiques dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définies en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

M. Daniel Chasseing. – Les stages jouent un rôle déterminant dans les choix d'installation des futurs professionnels de santé. Cet amendement encourage les étudiants de deuxième cycle des études de médecine à effectuer des stages en zones sous-denses pour se familiariser avec ces territoires.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous avons traité des stages à l'article 2 en prévoyant un stage en ambulatoire en priorité dans les zones sous-denses. Il s'agit ici de modifier le code de l'éducation et d'imposer une obligation. Nous n'y sommes pas favorables, d'autant qu'il manquera des maîtres de stage. En outre, les études de médecine doivent avant tout servir à former les futurs médecins et non à répondre aux carences territoriales de l'offre de soin. Avis défavorable aux amendements n°56 rectifié, qui crée une obligation qui risque de ne pouvoir être observée, et 225 et 499 rectifié car un stage en zone sous-dense ne peut être un des objectifs des études de médecine.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Avis défavorable aux trois amendements. Toutes les spécialités ne pourront pas proposer suffisamment de terrains de stage en zone sous-dense pour respecter les prescriptions obligatoires, et cela n'aurait parfois pas de sens.

De manière générale, il est impossible de disposer à court terme de suffisamment de maîtres de stage pour accueillir une promotion de 9 000 étudiants. Il serait déraisonnable d'imposer des mesures que l'on ne pourrait faire appliquer.

M. Michel Raison. – Je maintiens mon amendement. L'objectif premier des études est d'apprendre le métier de médecin, mais le stage a aussi d'autres avantages. L'argument du maître de stage ne tient pas : l'un des problèmes de la médecine de ville est que les médecins n'ont pas le temps de s'occuper d'un stagiaire. Le stage est un levier important pour la future répartition des médecins.

Mme Sylvie Goy-Chavent. – Les étudiants en médecine préfèrent en général des stages proches de leur lieu de formation et de leur hôpital de rattachement, car ils doivent suivre des cours en parallèle. Si nous voulons les sédentariser en zone rurale, motivons-les en leur faisant découvrir ces territoires, au moins pour un stage.

M. Jacques Genest. – Je voterai ces trois amendements. Des zones urbaines ou périurbaines sont parfois aussi des déserts médicaux. Si un étudiant sur cent s'installe sur sa zone de stage, ce sera déjà une réussite ! On ne peut pas laisser 90 % de notre territoire sans soins ni médecins.

M. Daniel Chasseing. – Hier soir, nous avons voté à une large majorité la possibilité, après dix ans d'études, d'aller effectuer un stage en autonomie, sous la supervision d'un médecin référent. Le Sénat n'a pas perdu la tête mais proposé une réponse aux territoires qui peinent à assurer l'accès aux soins de premier recours.

Mon amendement n°499 rectifié prévoit que ces stages de découverte et de sensibilisation, non obligatoires, puissent être encouragés pour familiariser les étudiants avec différents territoires de santé, ruraux ou périurbains. Pour les facultés de médecine, cela pourrait consister à dégager des jours pour ces stages.

Mme Élisabeth Doineau. – Oui, les stages sont importants. Il y a dix ans, la Mayenne était parmi les départements les plus touchés par la pénurie de médecins. Nous n'avons pas eu besoin de cet amendement pour attirer de jeunes praticiens.

Nos médecins ont accepté de devenir maîtres de stage universitaires. Je proposerai d'ailleurs de rapprocher la formation des maîtres de stage de leur lieu de travail, car les déplacements sont un frein.

Ces expériences sont formidables pour les jeunes et les médecins. Deux tiers des médecins installés depuis dix ans sont d'anciens stagiaires. C'est par la mobilisation des professionnels et des élus que l'on accroche les jeunes, en les logeant et en complétant l'indemnité de mobilité qui n'est que de 130 euros par mois.

Nous proposons en outre une première année de médecine dans le département, en lien avec le CHU d'Angers. Bref, ces amendements ne sont pas nécessaires pour accueillir des stagiaires.

Mme la présidente. – Il faut conclure.

Mme Élisabeth Doineau. – Pire, ils envoient un mauvais signal et risquent de les décourager.

M. Alain Marc. – Certains de ces amendements imposent, d'autres, comme celui de M. Chasseing, encouragent. Pour attirer des généralistes en zone rurale, la formation ne suffit pas : il faut une mobilisation générale. Le département de l'Aveyron l'a fait. Nous installons beaucoup plus de médecins que de médecins partent en retraite, mais c'est un travail de longue haleine qui suppose la mobilisation des collectivités territoriales et des maîtres de stage.

M. Jérôme Bascher. – Il est paradoxal que le problème de la médecine de ville soit la médecine de campagne. Il faut attirer les praticiens dans nos campagnes. Les Français ont exprimé, dans les urnes et sur les ronds-points, leurs inquiétudes face à la désertification médicale. Il faut les écouter !

La solution réside-t-elle dans la coercition ? Pour la médecine libérale, quel paradoxe ! Mais écoutez ce que les Français expriment. Dans la pyramide de Maslow, la santé est la première préoccupation.

Il est normal que les universités se regroupent pour l'enseignement et la recherche. Mais campagne et ville doivent s'entraider. Faites un geste.

Je suivrai néanmoins le rapporteur car je ne crois pas à la coercition.

M. Bernard Jomier. – Nous avons longuement débattu de ce sujet hier, et avons apporté une réponse non coercitive. La courbe baisse d'année en année : 800 généralistes en moins en 2018. Dans un contexte de pénurie, manier le bâton ne sert à rien. La mesure que nous avons proposée hier, qui creuse le sillon incitatif, est d'un autre niveau.

L'amendement n°499 rectifié est assez souple, le groupe SOCR n'y est pas défavorable.

En revanche nous voterons contre les amendements n°56 rectifié et 225 qui ne sont pas cohérents avec le message envoyé hier par le Sénat, qui a tendu la main aux jeunes. Nous avons besoin d'eux, prenons en compte leurs besoins !

M. Michel Amiel. – Je fais un distinguo entre deuxième et troisième cycles. L'option proposée hier est raisonnable, même si elle n'est pas la panacée pour les déserts médicaux - terme impropre car il peut aussi bien concerner des zones rurales, des banlieues voire des hypercentres où l'immobilier est très cher, comme à Paris.

Les mesures coercitives peuvent à la rigueur être efficaces lorsqu'il y a pléthore de médecins, mais pas en cas de pénurie.

M. René-Paul Savary. – Cela ne peut plus durer. Dans certains territoires, les gens ne sont plus soignés. Il vous faut prendre vos responsabilités, madame la ministre !

L'amendement que nous avons voté hier prévoit que la troisième année du troisième cycle, soit la neuvième année d'études, sera effectuée en autonomie. Lorsque j'étais étudiant, nous commençons les remplacements en sixième année. Si après neuf ans de médecine, les internes n'ont pas la maturité pour assurer le face à face avec un malade, ils feraient mieux de changer de métier ! (*Sourires*)

Grâce à cette dernière année professionnalisante, nous mettons à disposition des territoires sous-dotés des centaines de médecins, même s'ils ne sont pas encore docteurs. Mesdames les ministres, vous avez là l'opportunité de donner un signe fort aux territoires, sans mesure coercitive !

M. Alain Milon, rapporteur. – J'adhère à ces propos. La désertification médicale touche aussi Paris, qui manque de médecins généralistes, pour d'autres raisons que la banlieue ou la campagne. Les jeunes médecins doivent être aidés différemment.

Commençons par déterminer ce qu'est une zone sous-dense. De nombreux postes de praticiens hospitaliers ne sont pas pourvus... Un stage de troisième cycle en pédopsychiatrie dans un hôpital en Bretagne rentrerait dans les critères ! Le problème ne peut être réglé par à-coups, *via* des stages en deuxième cycle. Qui prendra en charge les transports et le logement des stagiaires ? La faculté ou l'État ?

La commission des affaires sociales a proposé, grâce à un travail des différents groupes politiques, une solution juste, saine et qui donnerait des résultats favorables dans toutes les zones sous-denses : hôpitaux, villes, banlieues, campagne.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – L'existence de zones sous-denses n'est pas récente. Il n'y a pas de solution miracle. Certains ont rappelé les avancées obtenues par un travail de terrain, non coercitif, visant à répondre aux aspirations des internes s'installant en libéral. Le doublement du *numerus clausus* en 2005 n'a pas résolu le problème des déserts médicaux. Aidons ces jeunes médecins à choisir de manière positive de s'installer dans ces territoires qui permettent, j'en suis persuadée, un exercice épanouissant.

Nous voulons remettre en valeur ce qui a longtemps constitué le cœur du métier de médecin, le contact humain, dont une formation de plus en plus technologique nous a quelque peu éloignés.

Le Gouvernement, comme vous, est attaché à préserver l'accès de tous à des soins de qualité. Je ne crois pas à la coercition. Les jeunes diplômés risquent sinon de renoncer à s'installer - et contre cela, on ne peut rien ! (*Marques de protestations sur les bancs du groupe Les Républicains*) Il faut leur donner envie !

Mme Corinne Imbert. – Je ne voterai pas ces amendements, même si je partage le diagnostic.

La commission des affaires sociales a travaillé de façon transpartisane pour tendre la main à la fois aux internes et au Gouvernement en apportant une réponse pragmatique et efficace.

Transformer la dernière année de médecine en exercice en zone sous-dense libèrerait en outre des places de stage, puisque ces internes auront un confrère dans le cabinet à côté. Faites confiance au Sénat !

Mme Laurence Cohen. – L'amendement de la commission des affaires sociales adopté hier opposait, à nos yeux, pratique en cabinet et pratique hospitalière. Et quel serait le statut de ces jeunes médecins-étudiants, exerçant en autonomie ? Comment seraient-ils rémunérés ? Nous n'avons pas de réponse à ce stade.

Ces amendements, assez similaires, n'apportent rien de nouveau. Pourquoi revenir sur le sujet, à cet endroit du texte ?

Le Sénat est l'assemblée des territoires, mais on s'en souvient que quand cela nous arrange ! Les déserts médicaux sont le résultat des politiques menées depuis trente ans !

M. Stéphane Piednoir. – Et une fois qu'on a dit ça ?

Mme Laurence Cohen. – Or vous continuez, PLFSS après PLFSS, à réduire les financements.

Quelques mesures pour se donner bonne conscience ne font pas une politique de santé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe CRCE ; M. Joël Labbé applaudit également.*)

Mme Agnès Buzyn, ministre. – De nombreux sénateurs n'étaient pas là hier, ce qui m'impose quelques rappels. La démographie médicale est un problème mondial. Aucun pays n'a formé suffisamment de médecins pour faire face au vieillissement de la population. Le directeur général de l'OMS a annoncé qu'il manquait douze millions de soignants à travers le monde. Tous les pays se font concurrence pour les attirer.

La métropolisation est aussi un phénomène mondial. Lors du G7 Santé, j'ai choisi comme thématique l'organisation des soins primaires, la lutte contre les déserts médicaux et les échanges de bonnes pratiques pour rendre les territoires ruraux plus attractifs.

Les jeunes médecins ont une préférence marquée pour un exercice regroupé. C'est pourquoi nous doublons le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles. C'est la voie qu'ont suivie les territoires qui recrutent, comme l'Aveyron.

L'article 2 vise à favoriser la découverte de nouveaux modes d'exercice : en PMI, en médecine du travail, en médecine scolaire, en libéral... Nous

manquons de médecins partout, en libéral mais aussi à l'hôpital : 27 % des postes de praticien hospitalier sont vacants.

Si l'on veut que les jeunes soient incités à s'installer, il faut rendre l'exercice attractif, avec un logement, des aides sur place. Contraindre des jeunes à peine formés à passer six mois dans une zone sans médecins, sans supervision, ne fera que les angoisser et les fera fuir.

Nous vous proposons de diversifier les stages, de multiplier le nombre de maîtres de stage universitaires, que nous augmentons de 20 % par an - pour prendre en charge les étudiants dans de bonnes conditions.

Nous partageons le même objectif : structurer les soins primaires. Vous ne réglez pas le problème de la désertification médicale par une seule mesure emblématique, en envoyant les internes dans ces territoires, sans accompagnement ni formation. Le Gouvernement entend la souffrance des territoires et fait tout pour y répondre, mais votre proposition ne résoudra pas un problème international. (*M. Philippe Bonnacarrère applaudit.*)

M. Daniel Chasseing. – Le Sénat a pris hier soir une décision forte pour les territoires sous-dotés. Je retire mon amendement.

L'amendement n°499 rectifié est retiré.

À la demande du groupe LaREM, l'amendement n°56 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°130 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	321

Pour l'adoption.....	35
Contre.....	286

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n°225 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°772 rectifié *ter*, présenté par Mme Gruny, M. Magras, Mme Ramond, M. Courtial, Mme Troendlé, MM. Perrin et Raison, Mmes L. Darcos, Noël et Berthet, MM. Reichardt et Piednoir, Mme Deromédi, M. Savary, Mme Lassarade, M. D. Laurent, Mme Procaccia, MM. Lefèvre, Chaize, de Legge et Karoutchi, Mme Lamure, MM. Bonhomme, Cuypers, Danesi, Sido, Longuet et Gilles, Mme Morhet-Richaud et MM. Segouin, Dufaut et Gremillet.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Au cours du troisième cycle, elles permettent à l'étudiant qui poursuit ses études de médecine dans une autre région que la sienne de réaliser son stage d'internat dans son département d'origine.

Mme Pascale Gruny. – Le lieu où s'effectue le stage décide à 60 % du lieu d'installation du futur praticien.

La majorité des étudiants de l'Aisne qui se destinent à la médecine générale fréquentent la faculté de Reims, dans un autre département, une autre région, une autre ARS. Ils ont l'obligation de faire leur stage dans le périmètre de leur université, soit le Grand Est. Sans accord pédagogique et sans possibilité de transaction financière entre les ARS, les Axonais qui étudient à Reims ne peuvent donc pas effectuer leur stage d'internat dans l'Aisne.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il est curieux de faire figurer cette précision dans un article général du code de l'éducation. Ce sujet relève plutôt du décret relatif à l'organisation du troisième cycle que de la loi. Retrait ou avis défavorable.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – La possibilité d'effectuer des stages hors de la région et de la subdivision d'études existe depuis plusieurs années et est parfois nécessaire pour certains secteurs. Des modalités spécifiques de financement sont prévues.

La réforme du troisième cycle a introduit la possibilité d'effectuer deux demandes de stage hors région. Retrait ou avis défavorable puisque l'amendement est satisfait.

Mme Pascale Gruny. – Soit. Mais l'année dernière, la faculté de Reims refusait cette possibilité. Le département de l'Aisne a fini par signer une convention avec l'université, mais cela a été très difficile. Ayons un vrai regard sur ces situations, qui ne sont sans doute pas isolées. Nos étudiants ne reviennent pas chez nous parce qu'ils prennent des habitudes ailleurs.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – J'ai été alertée sur ce problème de frontière administrative. J'ai donné une instruction orale aux ARS pour permettre des conventionnements avec les départements limitrophes du CHU. Je serai vigilante.

L'amendement n°772 rectifié ter est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°55 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. Dufaut, D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Poniatowski, Perrin et Raison.

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les stages en médecine ambulatoire spécialisée comme la gynécologie, la pédiatrie ou l'ophtalmologie sont désormais ouverts aux étudiants du deuxième cycle.

M. Michel Raison. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous voulons faire faire beaucoup de choses aux étudiants de médecine en deuxième cycle : des échanges internationaux, des stages en médecine générale et maintenant en

médecine ambulatoire spécialisée ! Or il faut déjà qu'ils acquièrent des bases et qu'ils soient suffisamment encadrés.

L'amendement n°1 rectifié *quater* prévoit cette possibilité pour le troisième cycle ; commençons par là. En deuxième cycle, les étudiants n'ont pas choisi de spécialité.

Enfin, cet amendement présente d'importants problèmes rédactionnels. Retrait ou avis défavorable.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Même avis.

M. Michel Raison. – C'est une ouverture et non une obligation.

M. Jacques Genest. – Dans le temps, les étudiants faisaient des remplacements en milieu rural dès la sixième année. Étaient-ils plus intelligents que les étudiants d'aujourd'hui, ou mieux formés ?

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement concerne les spécialités, qui n'existent pas dans le second cycle.

L'amendement n°55 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°797, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase du second alinéa, après la référence : « L. 632-2 », sont insérés les mots : « du présent code ».

L'amendement de coordination n°797, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°789 rectifié *bis*, présenté par M. Savin, Mme L. Darcos, MM. Brisson et Kern, Mme Eustache-Brinio, MM. Henno, Piednoir, Guerriau et Laugier, Mme Deromedi, MM. D. Laurent et Paccaud, Mme Durantou, M. Vaspert, Mmes Ramond, M. Mercier, Lassarade, Bruguière et Raimond-Pavero, MM. Sol, Dufaut et B. Fournier, Mme Noël, M. Moga, Mme Gruny, MM. Houpert et Bouloux, Mme Billon, M. Malhuret, Mme Vullien, MM. Decool et de Nicolay, Mme Imbert, M. Pointereau, Mmes Férat et Gatel, M. Karoutchi, Mme Lamure, MM. Bonhomme, Laménie, Mandelli, Sido, Bouchet, Gremillet et Darnaud, Mme de Cidrac et M. Genest.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... - Le parcours de formation des étudiants en médecine intègre un module obligatoire relatif à la prescription d'activités physiques adaptées dans une démarche thérapeutique mentionnées à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique.

Les conditions d'application du présent article ainsi que le contenu de cet enseignement sont définis par voie réglementaire.

M. Michel Savin. – Cet amendement prévoit un module de formation obligatoire pour la prescription d'activités physiques adaptées dans une démarche thérapeutique. Un rapport de l'Inserm démontre l'importance de la pratique sportive chez les patients atteints d'affectations de longue durée (ALD) et préconise la prescription systématique d'activités physiques adaptées. Celle-ci a été prévue par la loi du 26 janvier 2016 et déclinée par le décret du 30 décembre 2016.

Cette pratique du « sport sur ordonnance » s'adresse à dix millions de personnes souffrant d'ALD, telles que la maladie de Parkinson, le diabète ou certains cancers... Elle améliore leur condition physique, diminue la dépendance du système de soins à l'allopathie et réduit les risques de récurrence ou de ré-hospitalisation.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je reconnais volontiers les bienfaits d'une activité physique pour la santé, mais il n'est pas pour autant nécessaire de l'inscrire au programme des études de médecine.

À force de multiplier les modules obligatoires, il n'y aura plus de place pour l'étude de la médecine ! Une fois médecins, ils pourront toujours suivre des diplômes universitaires spécialisés.

Dans certaines villes, le sport sur prescription est financé par les collectivités territoriales : à Strasbourg, c'est 1 200 euros par malade et par an. Faites le calcul, s'il fallait que la Sécurité prenne en charge l'activité physique de dix millions de patients à ce tarif !

Les médecins doivent être sensibilisés à la prescription d'activités physiques mais n'allons pas jusqu'à en faire une discipline médicale ! Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous ne souhaitons pas inscrire dans la loi la liste des thématiques à enseigner pendant les études de médecine.

L'activité physique adaptée est un plus dans beaucoup de pathologies et je souhaite sa prise en charge dans la forfaitisation de certaines pathologies chroniques, par exemple après un cancer du sein.

La HAS a fait des recommandations dans son dernier avis, avec une aide à la prescription d'activité physique adaptée. Avis défavorable.

M. Michel Savin. – Vous reconnaissez que l'activité physique est un plus pour certaines pathologies. Mais les médecins ne savent pas à qui adresser les patients. Pourquoi ne pas intégrer un module court dans leur formation pour qu'ils intègrent cet aspect ? Je maintiens mon amendement.

M. René-Paul Savary. – Outre les pathologies chroniques, l'activité physique présente aussi un intérêt pour les troubles neurodégénératifs. La tête et les jambes : c'est le bon sens.

Je ne suis pas opposé à la forfaitisation, madame la ministre, mais le forfait n'étant pas extensible, c'est au détriment de la prise en charge d'un autre soin... Alors qu'à Bercy, on commence à lorgner vers les excédents de la sécurité sociale.

En matière de prévention, on voit toujours le coût immédiat, mais pas l'amortissement sur des années. Nous sommes d'ailleurs en train de travailler avec Catherine Deroche à la mise en place d'un Ondam pluriannuel qui prendrait davantage en compte la prévention. (*Mme Catherine Deroche le confirme.*) Les activités physiques font partie intégrante du parcours de soins. Il faudra en tenir compte dans l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Les réseaux sport-santé mis en place dans plusieurs départements sont à la charge des collectivités territoriales ; est-ce juste ?

Je ne voterai pas cet amendement, pour les raisons évoquées par le rapporteur. Mais il faudra y revenir dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il est évident que l'activité physique améliore la santé des patients. Mais dans ce cas, engageons-nous jusqu'au bout dans la prévention et insistons sur l'activité physique dès l'école, à commencer par la natation. Je suis sûr que les Français tomberont malades plus tardivement ! Hélas, les piscines, en nombre insuffisant, ferment, car elles coûtent cher aux collectivités locales. Les enfants apprennent de moins en moins à nager et les noyades repartent à la hausse, après une baisse dans les années quatre-vingts, lorsqu'un effort avait été réalisé sur la construction de piscines.

La proposition de M. Savin réduirait certes, à terme, les dépenses de la sécurité sociale, mais l'activité physique doit être spontanée. Elle n'a pas vocation à être prescrite par un médecin, ni prise en charge par la sécurité sociale.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La prévention est enseignée aux étudiants, notamment en diabétologie et en cancérologie. Ils apprennent ainsi que l'activité physique adaptée réduit de 30 % la mortalité liée au cancer du sein, soit tout autant que l'hormonothérapie. Préventions primaire et secondaire font partie de l'enseignement : faites confiance aux enseignants de médecine !

L'amendement n°789 rectifié bis n'est pas adopté.

L'article 2 bis, modifié, est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

Mme la présidente. – Amendement n°390 rectifié bis, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier et Guidez et M. Capo-Canellas.

Après l'article 2 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 1435-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Tout contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec un réseau de santé, un centre de santé, un pôle de santé ou une maison de santé peut, le cas échéant par avenant, lui assigner des objectifs sur le nombre minimal d'étudiants à accueillir en application des articles L. 4131-6 du présent code ou L. 632-5 du code de l'éducation. »

Mme Jocelyne Guidez. – Cet amendement incite les médecins à devenir maîtres de stage, en leur permettant dans un CPOM impliquant un réseau de santé, un centre de santé, un pôle de santé ou une maison de santé de se former pour cela.

Il inscrit dans la loi une disposition qui figure dans une circulaire.

Les ARS pourraient ainsi utiliser le CPOM de manière incitative, en instaurant un système de bonus/malus.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le système que vous proposez n'est pas contraignant. Rien ne s'oppose, dans le droit en vigueur, à faire figurer de tels objectifs dans les CPOM.

De plus, il n'est pas opportun de cibler certaines structures en leur fixant des objectifs chiffrés d'accueil des étudiants en stage.

L'amendement prend le problème à l'envers : il faut d'abord prévoir les stages dans les maquettes de formation, et former des maîtres de stage dans les structures ambulatoires, avant de fixer des objectifs chiffrés. Retrait ou avis défavorable.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Même avis. Notre objectif commun est de diversifier les terrains de stage des étudiants en médecine.

L'amendement n°390 rectifié bis est retiré.

ARTICLE 2 TER

Mme Cathy Apourceau-Poly. – L'augmentation des effectifs d'étudiantes et d'étudiants en médecine et infirmiers en stage pose la question des maîtres de stage. Le Syndicat national des enseignants de médecine générale a publié les chiffres annuels très encourageants : le nombre de maîtres de stage universitaires progresse pour la troisième année consécutive au sein de la filière universitaire de médecine générale pour dépasser le cap symbolique des 10 000. Si leur indemnité est augmentée de 300 euros par mois en zone sous-dense, l'enveloppe de la formation en milieu universitaire a été divisée par deux. De plus, leur répartition territoriale est inégale. Le texte ne traite pas ce problème. Nous le regrettons.

Mme la présidente. – Amendement n°16 rectifié ter, présenté par Mme Doineau et les membres du groupe Union Centriste.

I. – Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Après les mots : « étudiants de », sont insérés les mots : « deuxième cycle et de » ;

II. – Compléter cet article par trois alinéas ainsi rédigés :

...° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les conditions de l'agrément des praticiens agréés-maîtres de stage des universités, qui comprennent une formation obligatoire auprès de l'université de leur choix ou de tout autre organisme habilité, sont fixées par décret en Conseil d'État.

« L'agrément peut être accordé aux praticiens installés depuis au moins un an pour une durée maximale de cinq ans. »

Mme Jocelyne Guidez. – Cet amendement facilite l'agrément des praticiens maîtres de stage des universités accueillant des étudiants de deuxième et de troisième cycles de médecine pour diversifier les lieux de stage au bénéfice de la médecine générale et des territoires sous-dotés.

Les textes prévoient un stage d'initiation à la médecine libérale en externat, qui n'est pas réalisé faute de volonté. Cela permettra de faire découvrir à davantage d'étudiants la médecine générale, spécialité trop méconnue et souvent dévalorisée dans un deuxième cycle très hospitalo-universitaire.

M. Alain Milon, rapporteur. – C'est un amendement intéressant, qui donne la possibilité aux étudiants de deuxième cycle de faire des stages en libéral même si le code de l'éducation ne le prévoit pas. Il permet aussi un encadrement à droit constant. Avis favorable.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Nos deux ministères sont mobilisés sur le sujet. Ainsi, 10 700 maîtres de stage ont été formés, avec une augmentation de 20 % chaque année.

Au-delà du processus de formation des maîtres de stage, l'enjeu réside dans l'émergence de candidatures à l'agrément de lieux de stage.

Cela relève néanmoins du niveau réglementaire. Préempter ces dispositions dans la loi en rendrait l'adaptation plus difficile. Avis défavorable.

L'amendement n°16 rectifié ter est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°350 rectifié, présenté par Mme Costes, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin, Corbisez, Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Les mots : « peuvent être autorisés à effectuer » sont remplacés par le mot : « effectuent » ;

Mme Josiane Costes. – Les internes ont un statut hybride d'étudiants capables de réaliser des actes médicaux. Il convient de donner un caractère moins hospitalo-universitaire à leur formation.

Cet amendement impose par conséquent aux étudiants en médecine de troisième cycle d'effectuer des stages auprès de praticiens en-dehors des CHU. Rendre obligatoire les stages des internes en médecine auprès de praticiens exerçant en libéral permettrait de lutter contre les déserts médicaux tout en favorisant la mise en contact de ces futurs médecins avec un territoire et ses habitants.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement est satisfait par l'amendement n°1 rectifié *quater* à l'article 2, plus économe puisqu'il ne modifie pas le code de l'éducation. Retrait ou avis défavorable.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Même avis.

L'amendement n°350 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°553, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins généralistes exerçant dans des associations de soins non programmés et de permanence de soins ambulatoires peuvent être agréés-maître de stage et accueillir des étudiants en médecine dans la maquette de leur formation de troisième cycle au même titre que les médecins traitants. »

M. Dominique Théophile. – Dans le cadre de la refonte des études médicales, les étudiants en troisième cycle des études de médecine sont amenés à réaliser des stages dans divers services hospitaliers ou en ambulatoire.

Pourtant, tous ces étudiants n'ont pas la possibilité de faire leur stage au sein d'associations de soins non programmés et de permanence de soins ambulatoires (PDSA).

Cet amendement permet aux médecins généralistes exerçant dans des associations de soins non programmés et de PDSA, tels que les 1 300 médecins généralistes de SOS Médecins France, d'être agréés maîtres de stage pour accueillir des étudiants afin de compléter leur formation à la prise en charge des soins non programmés et urgents.

M. Alain Milon, rapporteur. – Rien ne l'interdit dans l'article L. 4341-6 du code de la santé publique. Retrait ?

Mme Frédérique Vidal, ministre. – En effet, cet amendement est satisfait. Retrait ou avis défavorable.

M. Dominique Théophile. – Vous êtes sûre ?

Mme Véronique Guillotin. – C'est une possibilité sur le papier, mais pas sur le terrain. J'ai présenté un amendement similaire, dont on m'a assuré qu'il était satisfait. Je constate pourtant les difficultés d'associations comme SOS Médecins à accueillir des étudiants stagiaires.

Mme Sylvie Goy-Chavent. – Il y a un problème de conciliation entre le stage et le suivi des cours obligatoires. Pourquoi ne pas autoriser le cours en visioconférence ? Cela pourrait également inciter les étudiants à effectuer un stage en zone rurale.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – En troisième cycle, les étudiants n'ont pas de difficulté de conciliation entre le stage et les cours.

Des textes prévoient les conditions d'octroi de l'agrément d'accueil en stage par les ARS : il faut un vrai projet pédagogique, car le troisième cycle fait partie intégrante de la formation. Rien n'empêche donc, en principe, l'accueil d'internes par des associations comme SOS Médecins. La loi ne peut régler tous les problèmes observés sur le terrain.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Preuve que cette possibilité est déjà ouverte, en Île-de-France, huit généralistes de SOS Médecins sont agréés comme maîtres de stage universitaires.

L'amendement n°553 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°554, présenté par MM. Mohamed Soilihi, Hassani, Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Haut, Karam, Marchand, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« À Mayotte, les étudiants de troisième cycle de médecine générale peuvent être autorisés à effectuer une partie de leurs stages pratiques dans des dispensaires. »

M. Dominique Théophile. – Mayotte est caractérisée par une situation sanitaire particulière à laquelle répond un maillage spécifique de l'offre de santé. Cet amendement contribuera au désengorgement du Centre hospitalier de Mayotte (CHM).

M. Alain Milon, rapporteur. – Rien ne s'oppose à ce que les médecins de dispensaires deviennent maîtres de stage. Retrait ou avis défavorable.

Mme Frédérique Vidal, ministre. – Même avis.

L'amendement n°554 est retiré.

L'article 2 ter, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

Mme la présidente. – Amendement n°341 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 2 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4131-6 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa et dans des conditions fixées par décret, les étudiants de troisième cycle de médecine générale peuvent être autorisés à effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès de praticiens spécialistes agréés exerçant dans les collectivités d'outre-mer. »

Mme Laurence Cohen. – Cet amendement ouvre la possibilité aux étudiants de troisième cycle de médecine d'effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès de praticiens spécialistes exerçant en outre-mer.

M'étant rendu avec la commission des affaires sociales en Guyane et en Guadeloupe, je puis témoigner de l'état préoccupant de la médecine de ville là-bas.

Mme la présidente. – Amendement n°440, présenté par M. Lurel, Mmes Jasmin, Conconne, Lepage et Ghali, MM. Todeschini et Mazuir, Mme Artigalas et MM. Manable et Montaugé.

Après l'article 2 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4131-6 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa et dans des conditions fixées par décret, les étudiants de troisième cycle de médecine générale peuvent être autorisés à effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès de praticiens spécialistes agréés exerçant dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution. »

M. Victorin Lurel. – Mon amendement a un objet similaire. Ce texte n'est pas adapté à la situation des outre-mer. Je vais prêcher, une fois de plus, pour ma paroisse. Nos territoires sont sous-dotés au carré, au cube, à la puissance 10 ! Cet amendement ouvre simplement le champ des possibles en envoyant les étudiants, s'ils le souhaitent, en stage chez les médecins spécialistes en outre-mer. Il ne s'agit pas d'une obligation.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces amendements sont satisfaits par l'article 2 *ter*, d'ailleurs plus large, qui autorise les étudiants de toutes spécialités à effectuer leur stage auprès de praticiens libéraux, sans restrictions territoriales. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis, car la médecine générale est elle-même une spécialité. Vous ne pouvez affirmer, monsieur Lurel, que nous ne nous

préoccupons pas de l'outre-mer ! Nous avons créé, dans le cadre du plan d'accès aux soins présenté par le Premier ministre fin 2017, deux cents postes d'assistants spécialistes pour les outre-mer, dont le recrutement est en cours.

En outre, la liberté est laissée aux territoires de s'organiser en fonction de leurs spécificités.

Monsieur Lurel, ce Gouvernement a été particulièrement attentif à l'offre de soins et à la prévention en outre-mer.

M. Victorin Lurel. – Je ne vois pas à quoi fait référence le rapporteur dans l'article 2 *ter*.

Madame la ministre, il n'est pas tenu compte des particularités des territoires d'outre-mer liés à l'éloignement et à l'insularité. Qu'il faille recruter, c'est une évidence. Je salue les efforts menés dans le cadre du plan, mais j'aimerais fixer dans le marbre de la loi quelques améliorations certaines.

Sous réserve de la réponse de notre rapporteur, je suis prêt à retirer mon amendement.

M. Alain Milon, rapporteur. – À l'article L. 41-31-6 du code de la santé publique, l'article 2 *ter* remplace le terme « généraliste agréé » par celui de « généraliste maître de stage des universités ».

L'amendement n°341 rectifié est retiré, ainsi que l'amendement n°440.

Mme la présidente. – Amendement n°140 rectifié *bis*, présenté par Mme Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mmes Eustache-Brinio et Micouleau, MM. Lefèvre, de Nicolay, Courtial, Vogel et Morisset, Mmes Puissat, Morhet-Richaud, Deromedi, Troendlé et Lopez, MM. Genest et Poniatowski, Mme Garriaud-Maylam, MM. Mandelli, Bonne, Pellevat, Pierre, B. Fournier et Charon, Mme Lamure, M. Laménie et Mme de Cidrac.

Après l'article 2 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase du dernier alinéa de l'article L. 4381-1 du code de la santé publique est complétée par les mots : « hormis pour le dernier stage de la formation de masso-kinésithérapie ».

Mme Christine Bonfanti-Dossat. – En 2015, une cinquième année de stage professionnalisant de trois mois, le clinicat, a été ajoutée au cursus des masseurs-kinésithérapeutes.

Cet amendement permet une augmentation de la patientèle des masseurs kinésithérapeutes lorsqu'ils accueillent un étudiant en clinicat, à l'instar des médecins avec les étudiants stagiaires en médecine.

M. Alain Milon, rapporteur. – Pourquoi ne cibler que les masseurs-kinésithérapeutes ? Je vous rappelle en outre que les actes remboursés par la sécurité sociale doivent être réalisés par un professionnel de santé. C'est une protection pour les

patients et pour les stagiaires. Retrait ou avis défavorable.

Mme Christine Bonfanti-Dossat. – Avec regret, je le retire.

L'amendement n°140 rectifié bis est retiré.

ARTICLE 3

M. Yves Daudigny. – Cet article habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnances pour créer une procédure de recertification des professionnels de santé en exercice. Nous ne sommes pas opposés par principe aux ordonnances, mais regrettons qu'il retranscrive trop sommairement les recommandations du professeur Uzan dont il semble pourtant s'inspirer largement.

Sur le fond de la réforme, comme sur les moyens, règne encore le flou artistique... L'Agence nationale du développement professionnel continu (DPC) consacre environ 180 millions d'euros par an au DPC des neuf professions de santé concernées, dont près de la moitié pour les médecins. Si le DPC devait devenir une composante de la recertification, il faudra, sans nul doute, des moyens supplémentaires. Qu'en est-il ?

Il conviendra en outre de simplifier la procédure de recertification par rapport au DPC existant.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le rapport Uzan était insuffisamment opérationnel. Une concertation est donc apparue nécessaire ; elle se poursuit. Il faut un dispositif pratique et simple pour les médecins afin qu'il ne s'impute pas sur le temps médical.

La recertification attire les jeunes générations. Elle pourrait être optionnelle pour les plus anciennes. Nous en étudions la faisabilité ; le contenu sera réservé à la concertation qui est de bonne tenue. Nous verrons si le DPC est intégré dans la recertification.

J'ai bon espoir que nous propositions une ordonnance et une loi d'habilitation en début d'année 2020, comme je m'y étais engagée.

Mme la présidente. – Amendement n°275, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 2

Après le mot :

certification

insérer les mots :

réalisée par des organismes ou des structures, sans lien direct ou indirect, avec les industries de santé

Mme Laurence Cohen. – La formation continue obligatoire des médecins est assurée par l'industrie pharmaceutique, ce qui peut entraîner des biais. Notre amendement n'exclut pas les organismes à but non lucratif du DPC, tenant compte de vos remarques à l'Assemblée nationale.

Mme la présidente. – Sous-amendement n°822 à l'amendement n°275 de Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, présenté par le Gouvernement.

Amendement n°275, dernier alinéa

Rédiger ainsi cet alinéa :

indépendante de tout lien d'intérêt

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Notre sous-amendement élargit l'amendement n°275 au-delà du champ des industries de santé, en faveur d'un objectif plus général d'indépendance de la procédure de certification des médecins.

Avis favorable à l'amendement n°275, sous réserve de l'adoption du sous-amendement n°822.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable à l'amendement et au sous-amendement.

Mme Laurence Cohen. – J'accepte volontiers le sous-amendement ! (*Sourires*)

Mme la présidente. – Avec deux avis favorables ! (*Même mouvement*)

Le sous-amendement n°822 est adopté.

L'amendement n°275, sous-amendé, est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°297, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

en vue notamment d'assurer la qualité et la sécurité des soins et de favoriser l'accompagnement global des patients

Mme Céline Brulin. – Outre le maintien des compétences, la certification des médecins doit s'inscrire dans une double perspective : assurer la qualité de notre système de soins et favoriser l'accompagnement global des patients. Cela fait écho aux propos de la Conférence nationale des présidents de CME.

Si nous voulons que la nouvelle procédure réussisse, il faut des plans de formation continue et par conséquent du temps et des moyens.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il n'est pas utile d'apporter cette précision dans l'habilitation. L'amélioration de la formation continue aura nécessairement un impact sur la qualité des soins qui est l'objectif central de la certification. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°297 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°555, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron,

MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 3

Après le mot :

professionnels

insérer les mots :

en exercice ou en devenir

M. Michel Amiel. – La recertification des médecins garantira et maintiendra le haut niveau de qualification de nos médecins. Mais ne la réservons pas aux seuls nouveaux praticiens au nom de l'égalité de traitement. Ne distinguons pas ceux dont les connaissances seront systématiquement contrôlées et certifiées, et ceux qui auraient le choix de se soumettre ou non à cette mesure.

Comment sera financée la recertification ? À quelle fréquence aura-t-elle lieu ? Qui en assurera le contrôle ? Pourra-t-il y avoir des sanctions ? Quel sort sera réservé aux médecins qui n'auront pas validé leur certification ?

M. Alain Milon, rapporteur. – Il est vrai que le cadre de l'habilitation pourrait être plus clair. À qui la procédure de certification s'adressera-t-elle ? Nous n'en savons rien.

Que dit le Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. Le rapport Uzan prévoyait une recertification obligatoire pour tous les jeunes médecins en flux, facultative en stock.

Nous réservons notre choix : ne dissuadons pas certains médecins de poursuivre leur activité, à l'heure où, conscients de la difficulté de maintenir les médecins dans un exercice libéral, nous souhaitons favoriser le cumul entre emploi et retraite. Faisons confiance à la concertation en cours.

M. Michel Amiel. – Je ne vous contredirai pas sur l'article 3... Avec vous, je ferai confiance aux professionnels de santé... (*Sourires*)

L'amendement n°555 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°397 rectifié, présenté par M. Piednoir, Mmes Deroche et Bruguière, M. Bonne, Mme Estrosi Sassone, M. Meurant, Mmes Delmont-Koropoulis et L. Darcos, MM. Savin, Perrin et Raison, Mme Deromedi, MM. Lefèvre et Mandelli, Mme Lamure et MM. Laménie, Revet, Bonhomme, Karoutchi et Gremillet.

Alinéa 3

Après le mot :

organismes

insérer les mots :

, notamment universitaires,

M. Stéphane Piednoir. – Le projet de loi prévoit, à échéance régulière, une vérification de l'état des connaissances et des compétences des professionnels de santé concernés par la mesure pour transmettre aux futurs médecins certifiés toutes les connaissances nouvelles et actualisées et, ainsi, répondre aux enjeux de santé publique.

Cet amendement intègre les universités dans la procédure de certification des médecins.

M. Alain Milon, rapporteur. – La HAS, les ordres, les conseils nationaux professionnels, l'Agence nationale de DCP étaient les acteurs prévus dans la concertation.

Qu'en pense le Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La procédure de certification attend des arbitrages structurants, dont la liste des organismes qui y interviendront. D'où les habilitations demandées. Laissons travailler les parties dans le cadre de la concertation. Avis défavorable.

M. Stéphane Piednoir. – Avec les ordonnances, nous prenons l'habitude de signer des chèques en blanc... Je ferai confiance au Gouvernement pour ne pas oublier les universités dans la procédure de certification.

L'amendement n°397 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°522 rectifié, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mmes Harribey et Artigalas.

Après l'alinéa 3

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Développer les formations de maîtres de stage des universités au sein des maisons de santé situées dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définis en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

L'agence régionale de santé s'assure que dans chaque maison de santé subventionnée qu'un médecin au moins suive les formations de maître de stage des universités.

Mme Victoire Jasmin. – Cet amendement inclut, dans les critères de financement des maisons de santé par les ARS, une obligation pour le médecin de suivre les formations de maîtres de stage des universités.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable : amendement irrecevable au titre de l'article 38 de la Constitution, sur les habilitations à légiférer par ordonnances.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis. Je partage cette analyse.

L'amendement n°522 rectifié n'est pas adopté.

L'article 3, modifié, est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

Mme la présidente. – Amendement n°616 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Monier et Blondin, MM. Mazuir et Marie et Mme Grelet-Certenais.

Après l'article 3

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-1-.... – Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant les dispositifs de couverture santé et les conditions financières associées, la prise en charge des personnes en situation de pauvreté ou de précarité, et les problématiques spécifiques rencontrées par les familles monoparentales.

« Un décret précise les modalités d'application du présent article pour chaque formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur médico-social. »

Mme Laurence Rossignol. – Cet amendement, suggéré par l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss) sur la base d'observations de terrain, inscrit dans la loi la formation des professionnels de santé et médico-sociaux aux dispositifs de couverture santé, ainsi que la prise en charge des personnes en situation de précarité et des familles monoparentales.

J'ai bien compris qu'il ne fallait pas surcharger les articles par des amendements sur les contenus de formation. Cet amendement s'inscrit dans ce qui semble être une priorité du Gouvernement : l'accès au droit des personnes fragiles. Quand on prodigue des soins, il n'est pas inutile de connaître notre législation sociale.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°616 rectifié n'est pas adopté.

ARTICLE 3 BIS A

Mme la présidente. – Amendement n°460, présenté par le Gouvernement.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le I de l'article L. 1521-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 1110-1-1 est applicable à Wallis-et-Futuna dans sa rédaction résultant de la loi n° du relative à l'organisation et à la

transformation du système de santé, et sous réserve des adaptations prévues au II du présent article. ».

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La loi prévoit une formation spécifique sur le handicap.

L'article L. 1110-1-1 est déjà applicable à Wallis et Futuna dans sa rédaction actuelle. Il s'agit donc d'un amendement technique d'application outre-mer.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

L'amendement n°460 est adopté.

L'article 3 bis A, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

Mme la présidente. – Amendement n°169 rectifié *ter*, présenté par Mmes M. Filleul, Meunier et Lepage, MM. Lurel, Manable, Antiste, Mazuir et Marie, Mme Tocqueville, MM. Duran et Tissot, Mme Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, M. Kerrouche, Mme Rossignol, MM. Tourenne et Leconte, Mme Perol-Dumont, M. Temal et Mmes Monier et Grelet-Certenais.

Après l'article 3 bis A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-1-.... – Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des victimes de violences familiales et sexuelles, les enjeux liés aux droits sexuels et reproductifs ainsi que les problématiques relatives aux stéréotypes et violences de genre.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application des dispositions du présent article. »

Mme Martine Filleul. – Les études montrent que 20 % des femmes qui consultent un médecin généraliste ont subi des violences sexuelles, qui peuvent expliquer certaines pathologies. La libération de leur parole permettrait sans doute de traiter leurs souffrances.

Mais les médecins sont insuffisamment formés à la détection de ces violences sexuelles. Il faut y remédier.

En outre, les cas de violences gynécologiques et obstétricales sont trop fréquents. Cela ne peut plus durer : les femmes doivent pouvoir franchir sereinement le seuil des hôpitaux et des cabinets médicaux. Enfin, pour les demandes d'IVG et de suivi contraceptif, les compétences des médecins sont parfois insuffisantes.

Cet amendement propose ainsi que la formation continue et l'entretien des compétences et des connaissances des médecins intègrent toutes ces problématiques.

M. Alain Milon, rapporteur. – On revient, une fois de plus, sur le contenu des études médicales. Malgré l'intérêt du sujet, avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°169 rectifié ter n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°673 rectifié, présenté par MM. Labbé, Antiste, Arnell et Artano, Mme Benbassa, MM. Bignon, A. Bertrand, Cabanel et Castelli, Mmes M. Carrère, Conconne et Conway-Mouret, MM. Corbisez, de Nicolaÿ, Dantec et Decool, Mme N. Delattre, M. Delcros, Mme Dindar, MM. Gontard, Guérini et Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde, MM. Laurey, Léonhardt et Moga, Mmes Monier et Prévaille, MM. Requier et Roux, Mme Tetuanui et M. Vogel.

Après l'article 3 bis A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-1-... – Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant les usages des plantes médicinales, la phytothérapie et l'aromathérapie.

« Un décret détermine les modalités d'application des dispositions du présent article dans chaque formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur médico-social. »

M. Joël Labbé. – Cet amendement s'appuie sur les recommandations du rapport issu de la mission sénatoriale sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales, adopté par le Sénat en septembre dernier, qui a mis en avant l'intérêt de la médecine par les plantes, en complément de la médecine conventionnelle. Il ne s'agit pas de s'opposer mais de jouer les complémentarités.

Que ce soit pour la prévention et le maintien en état de bonne santé, pour soigner des pathologies ou accompagner des traitements conventionnels, les plantes médicinales possèdent un véritable potentiel. Dans certains cas, le recours aux plantes est plus efficace que les traitements conventionnels, avec moins d'effets secondaires ; dans d'autres, les plantes peuvent être utilisées en association avec les médecines conventionnelles. C'est une opportunité pour réduire la consommation d'antibiotiques alors que les antibio-résistances se développent.

Malgré l'intérêt des plantes pour la santé, la formation des professionnels de santé sur l'usage des plantes médicinales est insuffisante.

Cet amendement s'appuie également sur la stratégie de l'OMS pour la médecine complémentaire, qui établit que, face à l'augmentation de la demande sur les médecines traditionnelles, et notamment sur les plantes médicinales, il est nécessaire d'avoir une sensibilisation et une information, ainsi qu'une

meilleure intégration de ces soins, pour garantir la protection du patient, son information éclairée et sa liberté de choix. Cet enjeu est d'autant plus important dans les outre-mers où la médecine traditionnelle est très répandue.

Afin de garantir un meilleur accès à l'information des patients et de répondre à leur demande de soins à base de plantes, cet amendement inscrit dans la loi la formation des professionnels de santé et du secteur médico-social à la santé par les plantes.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable pour les raisons déjà évoquées. J'étais membre de votre commission d'information : lorsque vous avez présenté votre rapport, j'ai dit ce que j'en pensais et je ne l'ai pas voté...

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis défavorable.

L'amendement n°673 rectifié n'est pas adopté.

L'article 3 bis B est adopté.

ARTICLE 3 BIS

Mme la présidente. – Amendement n°674 rectifié, présenté par MM. Labbé, Antiste, Arnell et Artano, Mme Benbassa, MM. Bignon, A. Bertrand, Cabanel et Castelli, Mmes M. Carrère, Conconne et Conway-Mouret, MM. Corbisez, de Nicolaÿ, Dantec et Decool, Mme N. Delattre, M. Delcros, Mme Dindar, MM. Gabouty, Gontard, Guérini et Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde, MM. Laurey et Moga, Mmes Monier et Prévaille, MM. Requier et Roux, Mme Tetuanui et MM. Vall et Vogel.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le 11° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° La promotion de la santé par les plantes, des activités de recherche et de formation des professionnels de santé concernant la phytothérapie et l'aromathérapie, afin de mieux les intégrer dans le système de soins. »

M. Joël Labbé. – J'ai entendu notre rapporteur, mais je suis tenace... Cet amendement vise à mieux intégrer les plantes médicinales au sein du système de soins.

La faible place des plantes dans notre système de santé est dommageable, car on se prive de thérapies efficaces. En outre, les professionnels de santé ne connaissent pas les potentielles interactions médicamenteuses. Dans les maisons de retraite et dans les hôpitaux, les professionnels qui veulent utiliser les plantes rencontrent des difficultés alors même que certains produits sont plus efficaces que les thérapies conventionnelles. Ces protocoles permettent de réaliser des économies substantielles. En outre, les plantes permettent de développer les économies locales et durables, bénéfiques pour les territoires ruraux. Cet enjeu est d'autant plus important dans les outre-mer, où les usages des plantes sont bien plus

répandus qu'en Métropole et que la biodiversité végétale y est très importante.

Cette inscription de la médecine par les plantes dans les objectifs de la politique de santé serait donc l'occasion d'un signal fort pour remédier à sa faible prise en compte en France. Nous sommes les derniers de la classe en Europe !

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

Mme Marie-Pierre Monier. – J'ai fait partie de la mission d'information. Nos travaux ont été passionnants et nous avons procédé à une quarantaine d'auditions. Monsieur le rapporteur, le rapport a été adopté à une très large majorité. Les Français souhaitent utiliser les plantes pour leur bien-être. Ils les achètent sur Internet et 70 % des plantes sont importées faute de production locale. Nous sommes les derniers de la classe en Europe ! Mieux vaudrait former les médecins à leur usage. Il ne s'agit pas d'opposer les pharmaciens et les médecins aux herboristes. Leur métier est complémentaire !

L'herboristerie est une médication ancienne en France. Il serait dommage de se priver de connaissances des sciences du vivant. L'herboristerie pourrait contribuer à la revitalisation des territoires, sur des petites exploitations. Je voterai cet amendement.

M. Joël Labbé. – Il s'agit de prendre en compte une réalité, pas d'opposer les pratiques ! Et encadrons cette économie parallèle sur Internet...

S'agissant des interactions médicamenteuses, les médecins doivent avoir un rôle de conseil et, à cet effet, être formés. Lors du vote du rapport, vous étiez absent, monsieur le rapporteur, et vous n'aviez pas donné de pouvoir ! Le rapport a été voté à l'unanimité des membres présents.

Mme Corinne Imbert. – Je ne voterai pas cet amendement. Il n'y a pas eu d'accord sur le diplôme d'herboristerie, souhaité par certains membres de la commission. Les travaux de la mission cependant se sont déroulés dans un bon état d'esprit. Les médecins qui le souhaitent peuvent déjà se former à ces pratiques dans les facultés de pharmacie.

M. Alain Milon, rapporteur. – Même si j'ai dû m'absenter en cours de réunion de présentation du rapport en raison d'une autre réunion, j'ai voté : M. Dériot disposait de mon pouvoir.

Mme Monier a parlé de bien-être. Pourquoi pas ! Mais il en va différemment des soins... J'oserai une comparaison polémique : nous sommes peut-être les derniers pour l'usage des plantes en Europe, mais nous avons la meilleure espérance de vie. Y aurait-il un lien ?

L'amendement n°674 rectifié n'est pas adopté.

L'article 3 bis est adopté.

ARTICLE 4

Mme Laurence Cohen. – Cet article met en lumière le contrat d'engagement de service public (CESP), créé par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 mais encore très mal connu. La montée en charge du dispositif a été très lente. 2 800 contrats ont été signés depuis 2010. La montée en charge a été progressive puisque qu'en 2017-2018, 550 CESP ont été signés. Pourquoi est-il si peu incitatif ? La subvention de 1 200 euros bruts ne semble pas être en cause, mais le faible attrait des territoires délaissés par les services publics représente un frein évident.

Comment ignorer que la réduction des dépenses publiques a des conséquences sur nos territoires ? Les jeunes médecins hésitent légitimement à s'installer dans des territoires où il ne reste pas grand-chose. La suppression de 120 000 fonctionnaires voulue par le Gouvernement est très alarmante et devrait nous faire réfléchir.

Rendre le CESP plus contraignant nous semble contre-productif, mais nous sommes favorables à son élargissement aux praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue). Comment améliorer vraiment ce dispositif ?

Mme Michelle Gréaume. – Tout ce qui permet une meilleure répartition des praticiens sur le territoire mérite d'être soutenu. Mais les propositions du Gouvernement sont insuffisantes.

Le CESP vise l'installation de jeunes médecins en zones sous-dotées en échange d'une allocation mensuelle de 1 200 euros. Ce n'est pas assez incitatif. Seuls 8 % des étudiants en seconde année ont signé un contrat en 2016-2017. Il faut donc aller plus loin pour réguler l'installation des médecins, comme le conventionnement sélectif en fonction du niveau de dotation des territoires en professionnels de santé.

M. Bernard Jomier. – Le CESP est un dispositif intéressant qui commence à produire des effets. Depuis 2010, plus de 2 800 contrats ont été signés. Leur extension aux Padhue est une bonne mesure, mais le dispositif lui-même doit être amélioré, notamment en renforçant l'accompagnement des jeunes praticiens. Le zonage est parfois modifié après la signature du contrat ce qui perturbe les projets professionnels : le délai de deux ans prévu dans la loi n'est pas suffisant pour permettre aux étudiants d'envisager sereinement leur projet professionnel.

Au-delà du perfectionnement du CESP, l'ensemble des mécanismes de lutte contre les déserts médicaux doivent être élargis.

Mme Colette Mélot. – Le groupe Les Indépendants est favorable aux CESP. Nous proposerons un amendement pour les sécuriser, en alignant la durée du bénéfice du zonage sur celle de l'internat de médecine générale.

M. Hervé Maurey. – Le chapitre II du projet de loi vise à répondre aux enjeux des territoires, ce qui est essentiel pour la Chambre des territoires. Depuis dix ans, les projets de loi à cet effet se succèdent, d'abord celui de Mme Bachelot, puis celui de Mme Touraine, et aujourd'hui celui-ci. Tous les dispositifs proposés reposent uniquement sur des dispositifs incitatifs. C'est insuffisant, puisque les inégalités territoriales s'accroissent en matière d'accès aux soins. Selon la Cour des comptes, elles ont un coût de 1 à 3 milliards d'euros par an. Il faut sortir de cette logique purement incitative. Les Français et les élus souhaitent des mesures plus fortes !

Mme la présidente. – Amendement n°384, présenté par Mme Prévile.

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Afin de favoriser la mixité sociale, le nombre de places fixé pour la signature d'un contrat d'engagement de service public comporte 50 % d'étudiants boursiers.

Mme Angèle Prévile. – Le contrat d'engagement service public doit favoriser la mixité sociale et inciter par l'aide au financement des études, les futurs professionnels de santé à s'installer dans les zones où l'offre de soins est menacée.

C'est un levier pour l'installation en zones sous-denses et une mesure de justice sociale. Il semble logique de réserver les aides à celles et ceux qui en ont le plus besoin à l'heure où l'ascenseur social est en panne. Il est sain que des jeunes de milieux modestes deviennent médecins, comme autrefois. C'est la fierté de notre République d'ouvrir les portes à tous ces enfants.

Mme la présidente. – Amendement n°385, présenté par Mme Prévile.

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Afin de favoriser la mixité sociale, le nombre de places fixé pour la signature d'un contrat d'engagement de service public comporte 30 % d'étudiants boursiers.

Mme Angèle Prévile. – C'est un amendement de repli, prévoyant 30 % d'étudiants boursiers au lieu de 50 %.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le CESP monte encore en charge. En 2017-2018, tous n'ont pas été pourvus : seuls 85 % ont trouvé preneur, soit 550 contrats. Imposer de nouvelles conditions risque d'entraver son déploiement. Lorsque les demandes dépasseront les offres, nous pourrions instaurer de telles contraintes. Pour l'instant, avis défavorable aux amendements n°384 et 385.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le dispositif est en train de monter en charge mais il gagnerait à être mieux connu. En 2017, 321 médecins se sont installés

en zones sous-denses via un CESP. Il existe d'autres dispositifs incitatifs.

Monsieur Maurey, je suis bien d'accord avec vous, l'incitation financière ne suffit pas : il faut rendre l'exercice attractif.

Monsieur Jomier, nous souhaitons inciter davantage de jeunes à s'engager dans un CESP. Je partage l'avis du rapporteur : évitons d'être trop restrictifs. Avis défavorable sur les deux amendements.

Mme Angèle Prévile. – Mes amendements voulaient attirer votre vigilance sur la nécessaire publicité qui doit être faite autour de ce dispositif afin que davantage d'enfants issus de milieux défavorisés puissent devenir médecins.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Vous avez raison ! Nous avons à cet effet supprimé la première année commune aux études de santé (Paces), coûteuse pour les familles et qui a révélé une autocensure des jeunes. La diversification des profils va accroître la mixité sociale.

Les amendements n°384 et 385 sont retirés.

Mme la présidente. – Amendement n°76 rectifié bis, présenté par MM. Mouiller, Bonne et Sol, Mme Dumas, MM. Daubresse, Guerriau, Morisset et D. Laurent, Mme Deromedi, M. L. Hervé, Mme Lamure, MM. Kennel et Mandelli, Mme Bruguière, MM. Moga, B. Fournier, Cuypers, Genest, Priou et Revet, Mmes Deroche, Ramond, Estrosi Sassone et Gruny, M. Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, M. Savary, Mme L. Darcos, MM. Détraigne et Mayet, Mmes Malet et Chauvin et MM. Poniatowski, Meurant, de Nicolaÿ, Bouloux et Pointereau.

Après l'alinéa 18

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Après la deuxième phrase du même quatrième alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ils sont également situés dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux définis au I du L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

M. Philippe Mouiller. – Les CESP incitent les futurs médecins à s'installer dans des zones en sous-densité médicale. La liste actuelle des lieux concernés proposés par le Centre national de gestion sur proposition des ARS concerne pour sa très grande majorité des centres hospitaliers.

Or, même dans des zones qui ne sont pas considérées comme des zones sous-dotées, les établissements sociaux et médico-sociaux peinent à recruter des médecins. La nécessité, par ailleurs, de décloisonner secteur médico-social et sanitaire au profit d'une population vulnérable est indispensable.

Cet amendement ouvre le bénéfice de l'exercice médical des praticiens signataires d'un CESP aux établissements sociaux et médico-sociaux quel que

soit leur lieu d'implantation et non aux seuls établissements situés en zone sous-dotée.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je ne suis pas certain que cette précision soit nécessaire... Rien n'empêche que les lieux d'exercice soient situés dans un établissement médico-social. Le ministre pourra, pour le reste, répondre à vos interrogations. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Votre amendement est satisfait : le CESP prévoit l'installation dans un territoire caractérisé par une offre de soin insuffisante, quel que soit le mode d'exercice. Retrait ou avis défavorable.

M. Philippe Mouiller. – Il s'agissait de prévoir une installation dans le secteur médico-social même en zone non sous-dotée. Dans le domaine du handicap, les structures doivent être dotées des compétences nécessaires.

L'amendement n°76 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°420 rectifié, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Alinéa 20

Remplacer le mot :

deux

par le mot :

trois

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. – Le CESP est un dispositif incitatif pour que les étudiants exercent, pendant une durée équivalente et au moins égale à deux ans, dans des zones sous-denses, en contrepartie d'une allocation mensuelle. C'est insuffisant, m'ont dit les associations étudiantes. Si le zonage évolue entretemps, les étudiants ne bénéficient plus des mêmes listes de lieu d'exercice.

Le rapport de MM. Cardoux et Daudigny, en 2017, rappelait que les incertitudes du dispositif soulevaient de vives réticences.

90 % des signataires de CESP l'exercent en libéral, et la grande majorité exercent ensuite comme généralistes. Cet amendement répond à une demande pragmatique et permettra aux signataires de se projeter dans un territoire, sans s'inquiéter de l'évolution du zonage.

Ainsi, les CESP seront alignés sur la durée de l'internat de médecine générale, soit trois ans. Il s'agit d'un élément clé pour l'installation des jeunes médecins, et conforte l'objectif de l'article 4. Depuis 2010, 3 125 contrats ont été signés, et 500 signataires se sont déjà installés.

Mme la présidente. – Amendement identique n°683 rectifié, présenté par M. J. Bigot et les membres du groupe socialiste et républicain.

M. Joël Bigot. – Mon amendement s'inscrit dans le même esprit. Le CESP est un instrument prometteur pour lutter contre les déserts médicaux à condition de lever certains freins, comme la mise à jour régulière des zonages par les ARS, qui oblige certains signataires à repenser leurs projets d'installation. La liste doit être maintenue pendant trois ans au lieu de deux. Cet amendement consoliderait le CESP.

Mme la présidente. – Amendement n°32 rectifié *bis*, présenté par MM. Bonne et Henno, Mmes M. Mercier, Malet, Puissat, Di Folco, Deroche et Bonfanti-Dossat, M. Canevet, Mmes L. Darcos et Deromedi, M. Détraigne, Mmes Bruguière et Estrosi Sassone, MM. B. Fournier et Genest, Mme Gruny, MM. Hugonet, Laménie, Lefèvre, D. Laurent, Mandelli, Moga, Morisset, Mouiller, Karoutchi, Mayet, Babary, Pellevat, Perrin, Raison, Savary, Saury, Sol et Vogel, Mmes Delmont-Koropoulis et A.M. Bertrand, MM. Bouloux, Charon, Sido et J.M. Boyer, Mme Lamure et M. Gremillet.

Alinéa 20

Remplacer le mot :

deux

par le mot :

trois

M. Bernard Bonne. – Mon amendement a le même objet. Ne faudrait-il pas d'ailleurs prévoir quatre ans si la durée de l'internat est prolongée d'une année ? Le dispositif du CESP est intéressant ; rendons-le plus efficace en sécurisant le zonage sur une plus longue période.

Mme la présidente. – Amendement identique n°298, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Les CESP sont un outil pertinent pour lutter contre les zones sous-dotées. Mais le dispositif peut perdre son intérêt si le zonage est modifié en cours de contrat. Il faut donc fixer la révision à trois ans pour sécuriser les futurs médecins qui signent un tel contrat.

Mme la présidente. – Amendement identique n°540 rectifié *quater*, présenté par MM. Chasseing, Bignon, Capus, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Laufoaulu, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattebled, Gabouty et Bonhomme et Mme Noël.

M. Daniel Chasseing. – L'objet de mon amendement est similaire.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les zones sous-denses ne sont pas figées : leur délimitation peut évoluer. L'article 4 propose de sécuriser les projets professionnels des étudiants en fixant une durée de

deux ans pour les révisions de zonage. Je comprends le souhait des auteurs de ces amendements : la durée du CESP s'alignerait sur la durée de l'internat, mais l'article prévoit que le choix du futur lieu d'exercice ne se fait plus nécessairement au cours de la dernière année des études. Il pourrait se faire en début de troisième cycle, auquel cas ces amendements auraient moins de sens. La durée d'internat n'est en outre pas nécessairement fixée à trois ans pour toutes les spécialités.

Je profite de cette discussion pour revenir sur nos débats à l'article 2 sur la durée des études de médecine générale. La directive de 2005, modifiée en 2013, prévoit un diplôme spécialisé en médecine générale de trois ans. Mais l'application du décret du 3 juillet 2018 relatif au statut de docteur junior aux étudiants de médecine générale pose question. Ce décret n'est applicable qu'aux spécialités comprenant une phase de consolidation, soit au moins quatre ans de formation. Or la question du passage de trois à quatre ans du DESS de médecine générale constitue depuis quelques années un serpent de mer du débat public. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le troisième cycle lui a récemment été consacré. Quelle est votre opinion, madame la ministre ?

Nous nous rangerons à l'avis du Gouvernement sur ces cinq amendements.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – J'entends que la durée de deux ans vous semble un peu courte. Nous avons souhaité adosser à la durée de révision du zonage que la commission des affaires sociales a fixé à trois ans. Vos amendements sont donc cohérents : avis favorable.

Quant au débat qui nous a animés hier soir, aucune directive européenne prescrit le DES de cette spécialité, ni *a fortiori* son passage à quatre ans, comme cela a été dit hier soir par certains. D'ailleurs, il n'existe pas un modèle de formation en médecine générale en Europe.

La durée de l'internat de médecine générale est fixée par l'arrêté du 21 avril 2017 dans lequel figurent les maquettes de formation des 44 spécialités médicales et la durée de médecine générale est fixée à six semestres dont quatre à réaliser en ambulatoire. Le choix a donc été fait en 2017 de le maintenir à trois ans, même si des discussions se poursuivent. Un passage à quatre ans devra faire l'objet d'un consensus de tous les acteurs. Le nombre de maîtres de stage disponible devrait également être suffisant. Quoi qu'il en soit, le parcours de formation resterait progressif jusqu'à la validation du DES. Les amendements qui ont été votés hier prévoient une mise en autonomie sans supervision de la troisième année. C'est donc une forme de dégradation de la formation des étudiants qui devraient avoir une autonomie en supervision.

M. Bernard Jomier. – Merci pour ces précisions sur les trois ans pour les CESP.

Vous faites référence à l'arrêté du 21 avril 2017, mais vous avez pris un autre arrêté le 12 avril 2017, sur les calendriers de mise en œuvre. Dans son article 70, cet arrêté prévoit que les dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020 : l'état réglementaire en vigueur est qu'à cette date, le troisième cycle de médecine générale passe à quatre ans. Il est donc légitime que le Parlement légifère en fonction de la réglementation existante. Je comprends de vos propos que vous allez modifier ces dispositions... Il appartient à la ministre de déterminer la durée des trois phases du troisième cycle.

M. René-Paul Savary. – La professionnalisation de la neuvième année ne constitue nullement une dégradation par rapport à l'autonomie supervisée : vos mots sont difficiles à entendre, madame la ministre.

Je voudrais vous faire part des remontées de terrain concernant les zonages. Nous sommes régulièrement confrontés à une administration rigide : les critères sont difficiles à remplir. Quand un jeune s'installe dans une zone sous-dotée déclassée, il perd la rémunération versée par l'assurance maladie.

Les ARS ne tiennent pas toujours leurs engagements. Ainsi en est-il de l'aide spécifique à l'installation qui n'est pas toujours versée en intégralité.

Tous ces mécanismes s'avèrent particulièrement contraignants.

Mme Corinne Imbert. – La mise en place de l'année de consolidation est de votre responsabilité. Nous avons élaboré les amendements à l'article 2 sur la base de l'arrêté du Gouvernement : ils visent bien la dernière année du DES de médecine.

René-Paul Savary a raison : la professionnalisation n'est nullement dégradante, elle fait partie de la formation. Nous partageons le diagnostic, l'urgence qu'il y a à répondre aux attentes dans les zones sous-denses.

Nos amendements proposent une solution pragmatique, non coercitive. Nous tendons la main aux étudiants. Ils travailleront en autonomie, à côté d'un autre médecin. Nous avons d'excellents professionnels confirmés qui, parce qu'ils ne sont pas maîtres de stage, semblent être sortis de vos radars ! Ils pourront très bien accompagner les jeunes médecins adjoints qui travailleront à côté d'eux.

M. Jean-François Husson. – C'est vrai !

Mme Corinne Imbert. – L'important, c'est que l'on aura deux médecins pour deux patients. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains et sur quelques bancs du groupe UC ; M. Raymond Vall applaudit également.*)

M. Daniel Chasseing. – Dégradant ? Je ne peux laisser passer ce terme. Après neuf années d'études, un futur médecin ne peut exercer ce métier s'il ne l'aime pas. Un médecin adjoint peut tout à fait exercer aux côtés d'un médecin référent. Une telle mesure

serait tout à l'honneur du ministre, du Parlement, des futurs médecins qui, encore une fois, seront encadrés. C'est à l'honneur du Sénat de l'avoir votée !

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Monsieur Jomier, les dispositions de l'arrêté de 2017 qui entrent en vigueur en 2020 concernent uniquement l'organisation des stages. Il n'y a pas de quatrième année de médecine générale prévue en 2020.

Monsieur Savary, le zonage ne repose pas que sur la densité médicale ; c'est un algorithme qui tient compte du temps médical disponible, de l'état de santé de la population, de l'âge moyen, des difficultés sociales, d'indicateurs de santé... Avec le nouveau mode de calcul, on est passé de 9 % à 18 % de la population française en zone sous-dense. Il y a eu des perdants, mais beaucoup de gagnants. Il faut analyser la réalité du terrain en toute transparence, et les zonages pourront être revus avant les trois ans prévus en cas d'évolution.

Attendu en juillet, le rapport du Dr Sophie Augros proposera des pistes pour simplifier les mécanismes incitatifs et rendre les aides plus lisibles et plus attractives.

La professionnalisation fait partie de la formation, dit Mme Imbert. Or l'amendement que vous avez adopté hier la substitue à la formation, puisque l'étudiant en troisième année exercera en totale autonomie, sans être supervisé par un maître de stage. C'est en réalité une professionnalisation sur le modèle du « Docteur junior », la troisième phase de consolidation prévue pour les spécialités, qui réduit *de facto* la durée de formation des médecins généralistes.

J'entends beaucoup de critiques. Pourtant, je rappelle que je suis favorable à vos amendements ! (*Sourires*)

M. Yves Daudigny. – Nous sommes têtus car nous pensons agir dans l'intérêt général sur des fondements justifiés. L'article 70 de l'arrêté du 12 avril 2017 précise que le troisième alinéa de l'article 42 relatif aux stages entre en vigueur à compter 1^{er} janvier 2020 ; or cet alinéa vise bien « la phase de consolidation ».

M. Bernard Jomier. – Et voilà ! Il faut bien lire !

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cet article de l'arrêté dit bien que pour les spécialités médicales en trois ans, il n'y a pas de phase de consolidation. Nous n'avons pas la même lecture.

Les amendements identiques n^{os} 420 et 683 sont adoptés,

de même que les amendements identiques n^{os} 32 rectifié bis, 298 et 540 rectifié quater.

L'article 4, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

Mme la présidente. – Amendement n°147 rectifié *ter*, présenté par MM. Raison, Perrin et Darnaud, Mmes Thomas, Chain-Larché et Eustache-Brinio, MM. Joyandet et Gilles, Mme Guidez, MM. Mayet et Revet, Mme Lopez, MM. Charon, D. Laurent, Genest et B. Fournier, Mmes Chauvin et Deromedi, M. Cuypers, Mmes Joissains et Raimond-Pavero, MM. Pellevat, Pierre, Meurant, Saury, de Nicolaÿ, Pointereau, Vaspart et Priou, Mme C. Fournier, M. Laménie, Mme Lamure et M. Gremillet.

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À l'article L. 162-2, après les mots : « liberté d'installation du médecin, », sont insérés les mots : « sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-5 et » ;

2° Après le 2° *bis* de l'article L. 162-5, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions à remplir par les médecins exerçant à titre libéral pour être conventionnés, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ; ».

M. Michel Raison. – Cela fait dix ans que je dépose cet amendement... (*Sourires*) Il est à chaque fois rejeté, mais je persévère ! Il faut trouver une solution au problème de répartition des médecins sur le territoire.

M. Martial Bourquin. – Absolument !

M. Michel Raison. – M. Longeot défend cet amendement au nom de la commission du développement durable. Des très nombreux médecins que nous avons rencontrés, au moins 60 % y sont favorables.

Le mécanisme proposé a été appliqué aux infirmiers en 2008, pérennisé en 2011, étendu en 2012 aux masseurs-kinésithérapeutes, aux sages-femmes, aux chirurgiens-dentistes et aux orthophonistes. Pourquoi ne s'appliquerait-il pas aux médecins ?

Mme la présidente. – Amendement n°179 rectifié, présenté par MM. J. Bigot et Bérit-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllégatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Préville et Tocqueville, MM. Sueur, Montaugé, Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mmes Artigalas et Conconne, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Courteau et Temal et Mme Monier.

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « liberté d'installation du médecin, » sont insérés les mots : « sans préjudice du respect du principe d'égal accès aux soins et ».

M. Joël Bigot. – Nous précisons que les médecins doivent prendre en compte le principe d'égal accès aux soins.

Mme la présidente. – Amendement identique n°365 rectifié *bis*, présenté par MM. Vall, Arnell, Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme Costes, MM. Dantec, Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Menonville.

M. Raymond Vall. – C'est le même. Selon un sondage BVA, sept Français sur dix ont renoncé au moins une fois à se soigner au vu des délais d'attente trop importants pour obtenir un rendez-vous.

Mme la présidente. – Amendement identique n°422, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis. – La commission du développement durable a déjà déposé cet amendement qui vise à concilier la liberté d'installation et d'exercice avec l'objectif d'intérêt général d'égal accès aux soins.

Je remercie les collègues de différents groupes qui l'ont repris. L'adopter enverrait un signal fort à nos concitoyens et marquerait l'attachement du Sénat aux principes constitutionnels qui fondent notre pacte social. (*MM. Hervé Maurey et Raymond Vall applaudissent.*)

Mme la présidente. – Amendement identique n°437 rectifié *ter*, présenté par MM. Vaspert, Bizet, Raison et Mandelli, Mmes Ramond et Raimond-Pavero, MM. Nougéin, Pellevat, Paul, Perrin, Bascher, Genest, Meurant, Brisson et D. Laurent, Mme Deromedi, M. de Legge, Mme Noël, MM. Bouloux et Pointereau, Mme Lamure et MM. Laménie, Segouin et Gremillet.

M. Michel Vaspert. – Le Conseil constitutionnel et le Conseil d'État ont consacré à plusieurs reprises le principe de l'égal accès aux soins comme corollaire du droit à la santé résultant du onzième alinéa du Préambule de 1946.

La médecine à deux vitesses est déjà une réalité : dans certains territoires, on a un rendez-vous dans huit jours ; dans d'autres, au bout de six mois !

Mme la présidente. – Amendement n°366 rectifié *bis*, présenté par MM. Vall, Artano et A. Bertrand, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme Costes, MM. Gabouty, Gold et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Menonville.

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 20° *bis* Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins ainsi que, le cas échéant, les mesures de limitation d'accès au conventionnement dans les zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins ; ».

II. – Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-... – I. – En l'absence de conclusion d'accord dans les conditions prévues au 20° *bis* de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans les douze mois suivant la promulgation de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, l'accès des médecins au conventionnement est régulé dans les conditions suivantes :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins, les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins. Dans ces zones, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone.

« L'alinéa précédent cesse d'avoir effet à la date d'entrée en vigueur de l'accord prévu au 20° *bis* de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article. »

M. Raymond Vall. – Cet amendement renvoie à la négociation conventionnelle entre les médecins et l'assurance-maladie la détermination des conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins. En l'absence d'accord, il propose un système de conventionnement sélectif pour limiter les installations des médecins dans les zones sur-dotées, comme cela existe déjà pour d'autres professions médicales.

La Cour des comptes préconise d'étendre le conventionnement conditionnel à toutes les professions, dont les médecins, afin de rééquilibrer les effectifs en fonction des besoins, sans remettre en cause la liberté d'installation. Activons les leviers qui ont fait leurs preuves !

Mme la présidente. – Amendement n°232 rectifié *quater*, présenté par MM. M. Bourquin, Sueur et Tissot, Mmes G. Jourda, Conconne et Prévile, MM. Courteau, Duran, Fichet et Marie, Mmes Taillé-

Polian, Blondin et Guillemot, MM. Montaugé, Iacovelli et Tourenne, Mmes Jasmin et Meunier, MM. Temal, Vaugrenard et Houllegatte, Mme Tocqueville, MM. Mazuir et Manable, Mmes Van Heghe et Artigalas, M. P. Joly, Mme M. Filleul, MM. Devinaz et Kerrouche, Mme Monier, M. J. Bigot et Mme Grelet-Certenais.

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-... – Dans les zones définies par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

M. Martial Bourquin. – Cet amendement instaure un conventionnement sélectif ou territorialisé des médecins libéraux pour assurer une meilleure répartition sur le territoire.

La Nation dépense 11 000 euros par étudiant et par an pour former ses médecins ; l'État assure leur revenu *via* l'assurance maladie. Or nous sommes face à une urgence sanitaire : chaque jour, la France perd trois généralistes ! Elle compte autant de médecins par habitant que les autres pays de l'OCDE mais les déserts médicaux s'étendent... La liberté d'installation est régulée pour les pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, kinés, dentistes... Pourquoi ne le serait-elle pas pour les médecins généralistes et spécialistes ?

Selon l'*UFC-Que choisir*, 15 millions de Français ont des difficultés pour accéder à un généraliste, 21 millions pour accéder à certains spécialistes, gynécologues, ophtalmologues ou pédiatres. C'est la Nation qui paie. Prenons nos responsabilités : si nous nous attaquons à la sacro-sainte liberté d'installation - qui se traduit surtout par l'anarchie - nous rétablirons la situation en quelques années. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR*)

Mme la présidente. – Amendement n°228 rectifié *bis*, présenté par MM. Vaspert, Longeot, Bizet, Raison et Mandelli, Mme Raimond-Pavero, MM. Nougéin, Pellevat, Mayet, Paul, Perrin, Bascher, Genest, Meurant, Brisson et D. Laurent, Mme Deromedi, M. de Legge, Mme Noël, M. Guené, Mme Lamure et MM. Laménie et Gremillet.

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 20° bis Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins ainsi que, le cas échéant, les mesures de limitation d'accès au conventionnement dans les zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins ; »

II. – Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-... – À titre expérimental pour une durée de trois ans, en l'absence de conclusion d'accord dans les conditions prévues au 20° bis de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale dans les douze mois suivant la promulgation de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, l'accès des médecins au conventionnement est régulé dans les conditions suivantes :

« Le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin général ou spécialiste ne peut intervenir que dans la limite, pour chaque spécialité ou groupe de spécialités, de seuils d'effectifs par zone, définis par les agences régionales de santé, en fonction des besoins de santé des populations.

« Les dispositions du présent article sont applicables aux médecins libéraux entrants en exercice à compter de la promulgation de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, détermine les conditions d'application du présent article.

« Au plus tard trois mois avant son terme, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation. Ce rapport évalue en particulier la contribution de ce dispositif à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins. »

M. Michel Vaspert. – Je ne suis pas pour la contrainte *a priori*, mais les mesures incitatives n'ont pas réussi à régler le problème.

Cet amendement pose le principe d'un renvoi aux négociations conventionnelles entre les médecins et l'assurance maladie, leur laissant le choix des moyens - conventionnement sélectif, individuel ou autre - pour aboutir à une solution négociée pour traiter les déserts médicaux.

Il met aussi en place un système de conventionnement individuel selon lequel les médecins entrants en exercice ne pourraient accéder au conventionnement à l'assurance-maladie que sous réserve de rentrer dans les effectifs cibles fixés par les ARS.

Mme la présidente. – Amendement n°178 rectifié *bis*, présenté par MM. J. Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul,

MM. Houllegatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévile et Tocqueville, MM. Sueur, Montaugé, Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mmes Artigalas et Grelet-Certenais, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Courteau et Temal et Mme Monier.

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 20° bis Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins ainsi que, le cas échéant, les mesures de limitation d'accès au conventionnement dans les zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins ; ».

II. – Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-.... – À titre expérimental pour une durée de trois ans, en l'absence de conclusion d'accord dans les conditions prévues au 20° bis de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale dans les douze mois suivant la promulgation de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral dans les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine ces zones par arrêté, après concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins et après avis du conseil territorial de santé.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article.

« Au plus tard trois mois avant son terme, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation. Ce rapport évalue en particulier la contribution de ce dispositif à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins. »

M. Joël Bigot. – Sénateurs, nous entendons la détresse de nos concitoyens face à l'inégale répartition de l'offre de soins. C'est l'égalité républicaine qui est en jeu !

Avec la suppression du *numerus clausus*, la France formera 20 % de médecins supplémentaires, mais qui garantit qu'ils s'installeront dans nos villages ? Ce texte manque d'ambition et de courage politique.

Il n'est pas trop tard pour réguler l'offre médicale sur le territoire. Cet amendement reprend la

proposition de loi de Guillaume Garot visant à instaurer un conventionnement sélectif pour lutter contre la désertification médicale. Nous étendons aux médecins libéraux, à titre expérimental, un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé. Ce serait un complément utile aux mesures d'incitation à l'installation en zone sous-dotée.

Mobilisons les solutions qui ont déjà fait leurs preuves ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR*)

Mme la présidente. – Amendement identique n°421, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis. – Je remercie mes collègues de défendre cette mesure de régulation et non de coercition. Nous reprenons un amendement de notre commission sur le projet de loi Santé en 2015 en ajoutant le renvoi à la négociation conventionnelle.

A défaut d'accord en un an, un système de conventionnement sélectif serait mis en œuvre à titre expérimental pour une durée de trois ans, afin de limiter les installations des médecins dans les zones sur-dotées selon un principe « une arrivée pour un départ ». On réorienterait ainsi les installations vers les zones intermédiaires et sous-denses.

Ce dispositif a fonctionné pour les autres professions de santé. Pourquoi ne pas l'étendre aux médecins, moyennant quelques adaptations ?

Mme la présidente. – Amendement n°423, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins. »

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis. – En 2015, le Sénat avait adopté un dispositif ambitieux. Dans un souci de compromis, je vous propose ici le seul renvoi à la négociation conventionnelle. C'est le minimum que peut faire le Sénat pour répondre à la demande de nos concitoyens et des élus locaux.

Mme la présidente. – Amendement identique n°438 rectifié bis, présenté par MM. Vaspert, Bizet, Raison et Mandelli, Mmes Ramond et Raimond-Pavero, MM. Nougéin, Pellevat, Mayet, Paul, Perrin, Bascher, Genest, Meurant, Brisson et D. Laurent, Mme Deromedi, M. de Legge, Mme Noël,

MM. Bouloux et Pointereau, Mme Lamure et MM. Laménie et Gremillet.

M. Michel Vaspart. – C'est un amendement de repli. J'attends davantage !

Mme la présidente. – Amendement n°233 rectifié *quater*, présenté par MM. M. Bourquin, Sueur et Tissot, Mmes G. Jourda, Conconne et Prévile, MM. Courteau, Duran, Fichet et Marie, Mmes Taillé-Polian, Blondin et Guillemot, MM. Montaugé, Iacovelli et Tourenne, Mmes Jasmin et Meunier, MM. Temal, Vaugrenard et Houllegatte, Mme Tocqueville, MM. Mazuir et Manable, Mmes Van Heghe et Artigalas, M. P. Joly, Mme M. Filleul, MM. Devinaz et Kerrouche, Mme Monier, M. J. Bigot et Mme Grelet-Certenais.

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - À titre expérimental et pour une durée de trois ans, dans des zones définies par les agences régionales de santé, en lien avec les conseils territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique et en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral peut être limité aux seuls cas où ce conventionnement intervient en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin.

II. - Les modalités d'application de l'expérimentation sont définies par décret en Conseil d'État.

III. - Au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un bilan de cette expérimentation, qui porte notamment sur l'opportunité de la généralisation du dispositif.

M. Jean-Pierre Sueur. – Cet amendement de repli par rapport à celui de M. Bourquin instaure un conventionnement sélectif ou territorialisé des médecins à titre expérimental pendant trois ans.

Il est important que les parlementaires soient des élus de terrain. J'ai fait trois campagnes sénatoriales. Lors de la première, on me parlait d'emploi et de sécurité. Lors de la deuxième, est apparu le thème de la désertification médicale. Lors de la troisième, les 300 maires ont tous évoqué le sujet ! La réalité, c'est que des cantons entiers n'ont plus un seul généraliste ! (*On le confirme sur plusieurs bancs.*)

Les mesures incitatives ne suffisent pas pour garantir l'égalité dans l'accès à la santé. Pourquoi la régulation qui a fonctionné pour d'autres professions médicales ne s'appliquerait-elle pas aux médecins ? En quoi serait-il impossible, incongru, que les professionnels aillent là où on les attend ? Le problème est mondial, dites-vous : commençons par trouver des solutions efficaces et courageuses ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR ; MM. Hervé Maurey et Raymond Vall applaudissent également.*)

Mme la présidente. – Amendement n°116 rectifié *ter*, présenté par M. L. Hervé, Mme Tetuanui, MM. Détraigne, Janssens, Moga et Buis et Mme Létard.

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental, à partir du 1^{er} juillet 2020, pour une période de cinq ans, les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins libéraux sont définis par une convention nationale conclue entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et le Conseil national de l'Ordre des médecins.

Cette convention détermine notamment :

1° Les mesures incitatives applicables aux médecins libéraux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes médecins libéraux ;

2° Les conditions à remplir par les médecins libéraux pour être conventionné, notamment celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application du même article L. 1434-4.

L'impact de la convention est évalué par les parties prenantes dans le cadre de trois rapports communs. Un rapport d'évaluation est publié avant la signature de la convention, un autre est publié au plus tard au 1^{er} janvier 2023 et un dernier rapport sera publié dans les six mois suivants la fin de la convention.

M. Loïc Hervé. – Cet amendement transpose aux médecins libéraux le mécanisme de conventionnement applicable aux infirmiers libéraux.

Cette convention expérimentale, conclue d'ici le 1^{er} juillet 2020 et applicable pour une durée de cinq ans, conforterait les mécanismes incitatifs à l'installation dans les zones sous-dotées et limiterait l'installation dans les zones sur-dotées.

Un rapport d'évaluation serait publié avant la signature de la convention, un autre au plus tard au 1^{er} janvier 2023 et un dernier dans les six mois suivant la fin de la convention.

Échec en CMP

Mme la présidente. – J'informe le Sénat que la commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi pour la conservation et la restauration de la cathédrale Notre-Dame de Paris et instituant une souscription nationale à cet effet qui s'est réunie aujourd'hui n'est pas parvenue à l'adoption d'un texte commun. (*Marques de déception*)

La séance est suspendue à 20 h 5.

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-MARC GABOUTY,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 21 h 35.

Organisation du système de santé (Procédure accélérée - Suite)

M. le président. – Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Discussion des articles (Suite)

ARTICLES ADDITIONNELS après l'article 4 (Suite)

M. Alain Milon, rapporteur. – Tous ces amendements portent sur le même thème. Les amendements n^{os}147 rectifié *ter*, 179 rectifié, 365 rectifié *bis*, 422 et 437 rectifié *ter* précisent que la liberté d'installation du médecin doit être interprétée au regard du principe d'égal accès aux soins. Je n'y suis pas favorable, le principe déontologique fondamental étant la liberté d'installation des médecins.

D'autres amendements, les n^{os}232 et 233, limitent la liberté d'installation dans les zones sous-denses, l'amendement n^o233 le faisant à titre expérimental. Les amendements n^{os}366, 228 et 421 renvoient dans un premier temps à la négociation conventionnelle, puis, en l'absence d'une telle négociation dans les douze mois, à un accès restrictif au conventionnement dans les zones sur-denses.

Les amendements n^{os}423 et 438 rectifié *bis* laissent aux partenaires conventionnels le choix des outils.

L'amendement n^o116 rectifié *ter*, plus créatif, prévoit des conditions limitatives par une expérimentation avec la caisse d'assurance maladie.

La commission des affaires sociales est défavorable aux limitations des conventionnements, peu efficaces, voire contre-productives. Des effets de seuils s'observent en cas de conventionnement collectif.

L'Allemagne et le Canada ont développé des mesures de conventionnement sélectif, favorisant l'éclosion d'une médecine à deux vitesses.

Les amendements n^{os}423 et 438 me semblent cependant intéressants. Ils font un pas symbolique tout en laissant une large marge de manœuvre aux partenaires.

Avis favorable dès lors à ces deux amendements. Avis défavorable à tous les autres. Je demande un

vote en priorité sur ces deux amendements, auxquels la commission est favorable.

M. le président. – Aux termes de l'article 44, alinéa 6, du Règlement, la priorité est de droit, sauf opposition du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis favorable.

M. le président. – Elle est donc ordonnée.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Ces amendements sont présentés depuis dix ans, dites-vous, sans succès. En effet, les ministres de la santé qui se sont succédé, Mme Bachelot, M. Bertrand, Mme Touraine et moi n'avons pas la même conception de l'offre de soins.

Pourquoi refusons-nous tous ces amendements ? Cela devrait vous interroger... Car les jeunes médecins ne veulent plus s'installer en libéral. Nous cherchons donc à rendre cet exercice plus attractif, en diversifiant les stages, en formant les étudiants à la gestion... Seuls 5 % veulent s'installer à la sortie de leurs études, 15 % trois ans après.

Comment imaginer qu'un médecin qui est obligé de s'installer, fera preuve d'une pratique de qualité ? On peut imaginer qu'il n'ait pas envie de travailler à temps plein, qu'il ne soit pas forcément très bienveillant, ou qu'il ait envie d'arrêter son exercice libéral dès que l'occasion lui sera donnée d'obtenir un exercice salarié...

Monsieur Raison, l'Allemagne a testé le dispositif que vous proposez : les médecins se sont installés sans se conventionner, ce qui nuit aux patients et met en place une médecine à deux vitesses. Ils se sont installés à la frontière des zones sous-denses.

Avec les amendements n^{os}179 rectifié, 365 rectifié *bis*, 422 et 437 rectifié *ter*, ce ne seront pas 5 % qui voudront s'installer, mais 0 %. En Allemagne, il y a des milliers de postes vacants pour cette raison.

Tout le sens de cette loi est de rendre attractif l'exercice libéral en zone rurale, en offrant des conditions favorables.

Monsieur Bourquin, votre amendement aboutira forcément à l'échec de la répartition. Ce ne serait pas la première fois ! Pourquoi les autres professions de santé ont-elles pu être régulées par le conventionnement ? C'est que toutes, sauf les orthophonistes, madame Cohen, sont surdotées. Les gynécologues, les ophtalmologistes, les pédiatres sont sous-dotés. La gynécologie médicale a été rétablie comme une spécialité de troisième cycle récemment. Mais pendant des années, seuls les obstétriciens la pratiquaient. Aujourd'hui, des généralistes doivent être formés à la gynécologie médicale et les sages-femmes peuvent faire des frottis et assurer un suivi non pathologique.... *Idem* pour la filière ophtalmologique : les orthoptistes, notamment, peuvent se voir déléguer des actes. Les généralistes sont systématiquement formés à la pédiatrie.

Un amendement parle de surdotation médicale. Lequel d'entre vous, mesdames et messieurs les sénateurs, considère son territoire comme surdoté ? (*Murmures sur la plupart des bancs*) Aucun pour les généralistes, c'est sûr. Quelques villes sont surdotées pour certaines spécialités mais nous n'allons pas légiférer seulement pour réduire un peu le nombre de cardiologues à Nice !

La suppression du *numerus clausus* a pour premier objectif la diversification des profils, l'augmentation des effectifs : à partir de 2025, la démographie médicale sera améliorée, car nous sommes dans un creux.

L'amendement de Guillaume Garot à l'Assemblée nationale proposait un conventionnement secteur 2 contre secteur 1, mais cela ne jouerait pas pour la médecine générale, car les généralistes sont déjà tous en secteur 2.

Monsieur Longeot, je ne connais pas de zone surdotée. Pourquoi cela a-t-il fonctionné pour les infirmiers ? C'est qu'ils sont surdotés pour 30 % du territoire. Cette proportion passe à 12 % pour les kinés, 12 % également pour les sages-femmes et les orthophonistes.

Le conventionnement sélectif ne fonctionne pas, en témoigne le test de l'Allemagne et du Canada.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) auront une responsabilité territoriale, populationnelle, alors qu'aujourd'hui, c'est une responsabilité individuelle, c'est normal pour un médecin isolé. Le cahier des charges a été négocié pour l'accès au médecin traitant et à des soins non programmés.

Dès cette année, 4 000 postes d'assistants médicaux seront financés. Ce n'est pas la peine de l'inscrire dans la loi, monsieur Longeot.

Monsieur Vall, avec votre amendement, les médecins attendent trois ans avant de s'installer.

La solution, c'est ce que je vous propose, pas votre amendement (*Rires et exclamations sur de nombreux bancs*) ; c'est une meilleure répartition des tâches.

Les 4 000 assistants médicaux, ce sont trois millions de consultations en plus, soit plus de 800 ETP de médecins généralistes ! Il faut redonner du temps médical aux médecins.

Les mesures coercitives sont une fausse bonne idée. Nous préférons des solutions pragmatiques. (*Mme Elisabeth Doineau applaudit.*)

Mme Nadia Sollogoub. – Je suis d'accord, madame la ministre. De toute façon, nous n'avons pas assez de médecins. Mais nous devrions travailler sur la difficulté à les former : avons-nous assez de professionnels de médecine, pourquoi tous les pays du G7 sont-ils dans la même situation ?

Cette pénurie est-elle la mauvaise façon de limiter les remboursements de soins ?

Je voterai les amendements de la commission de l'aménagement du territoire. S'il y a seulement quelques villes surdotées, ce ne sera pas grave de réduire les conditions de remboursement. Je ne pense pas que des cohortes de médecins veuillent s'installer à Nice ou à Cannes...

M. Franck Menonville. – Le groupe Les Indépendants votera aussi ces amendements. Le déséquilibre démographique médical fragilise toute l'économie. Il faut être volontariste.

Mme Céline Brulin. – Je prends acte de la priorité donnée à ces amendements ; d'autres vont plus loin et j'aurais aimé les voter. Oui, il y a quelque chose à faire pour rendre l'exercice dans ces zones attractif. Il faut lutter contre le recul des services publics, améliorer les conditions salariales...

Le conventionnement sélectif n'est sans doute pas sans effets contre-productifs, soit. Mais comme les autres dispositifs, comme les zones franches et les maisons de santé.

Prenons appui sur les limites des dispositifs étrangers, par exemple en évitant le conventionnement par les assurances privées.

Nous devons expérimenter le conventionnement sélectif comme nous avons expérimenté le CESP, d'autant plus que la fin du *numerus clausus* va changer la donne.

M. Jean-Pierre Sueur. – Vous nous dites que quatre ministres successifs ont eu la même position que vous - c'est vrai.

Mais, n'est-il pas temps de changer de position, puisque cela ne marche pas ? (*Sourires ; M. Loïc Hervé applaudit.*)

Vous avez dit - mais je crains que vos mots aient dépassé votre pensée - que les médecins forcés de s'installer quelque part feraient une médecine de mauvaise qualité. (*M. Martial Bourquin renchérit.*)

Jeune député, j'avais éconduit un collectif de professeurs en exil, qui me disaient : nous sommes nommés à Dunkerque. Mais on a le droit à Dunkerque d'apprendre les mathématiques et le français !

Et que dire des gendarmes et des policiers ! S'ils sont nommés ailleurs, ils feraient un service public de mauvaise qualité ? Un jour, ce seront les habitants qui protesteront...

Le Loir-et-Cher n'est pas éloigné de la région parisienne. Or nous avons cinq fois moins de généralistes que dans le reste du pays...

Il nous revient de trouver des solutions nouvelles, pour que les professionnels aillent là où nous avons besoin d'eux. Nous pouvons trouver d'autres méthodes, madame la ministre, que celles dont l'échec est avéré. (*Vifs applaudissements sur les bancs du groupe SOCR*)

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis. – Je ne crois pas que les zones surdotées n'existent pas. Pour 100 000 habitants, il y a 610 médecins spécialistes à Paris contre 80 dans l'Ain, 78 dans la Meuse, 70 dans l'Eure !

Oui, l'Allemagne a inscrit à l'article 12 de sa Loi fondamentale la liberté d'établissement. Cela n'a pas empêché son Parlement de la limiter, au nom de l'égal accès aux soins, notamment par une loi adoptée en 2019.

Votez ces amendements pour montrer que le Sénat a pris la mesure du problème.

M. Claude Bérît-Débat. – Tous ces amendements issus de groupes différents montrent bien que la désertification est une réalité. En Dordogne, il y a des cantons qui n'ont plus de médecins. Vous dites que vos prédécesseurs avaient la même position que vous. Mais ce n'est pas une raison ! On pourrait retourner l'argument, comme l'a fait excellemment Jean-Pierre Sueur.

Ces amendements émanent de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. La priorité nous empêche d'avoir un débat sur ces questions, c'est dommage. Nous les voterons bien entendu.

J'espère que le président de la commission répondra favorablement à la demande du rapporteur Longeot.

Mme Angèle Prévile. – Heureusement que les professeurs sont des fonctionnaires, car sinon nous aurions des problèmes de désert scolaire.

Vous nous faites une description des jeunes médecins en enfants gâtés. J'espère qu'il reste encore des jeunes fidèles à leur serment d'Hippocrate. *(Marques de protestations sur plusieurs bancs à droite)*

Dans mon département du Lot, très rural, des personnes âgées ont impérativement besoin de médecins qui se déplacent. En leur absence, c'est la catastrophe sanitaire. Ces territoires ont cherché des solutions, tous azimuts. Ce que nous proposons, nous le faisons en responsabilité. Ce qui se passe à l'étranger ne change rien. Comment accepter une médecine à deux vitesses ? Vous devez aussi revoir vos zonages. *(Plusieurs applaudissements sur les bancs du groupe SOCR ; Mme Marie-Noëlle Lienemann applaudit également.)*

M. Jean-Claude Tissot. – Vous avez rejeté nos amendements d'encouragement hier d'un revers de main. Ce soir, vous repoussez nos amendements plus coercitifs. Lesquels accepterez-vous ?

Les personnes dont nous parlons, qui ne trouvent pas de médecin vont où ? Aux urgences, c'est ce qui engendre le *burn out* et la grève de ces services.

Vous parlez de rendre les territoires attractifs, mais vous fermez les hôpitaux locaux, les maternités, les

urgences, les services de nuit, vous les videz de leur substance. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR)*

M. Bernard Jomier. – Vos réponses, madame la ministre, restent en deçà du nécessaire. Vous n'acceptez pas d'entendre que la direction que vous prenez est insuffisante pour les territoires. Vous n'abordez jamais la question de l'insuffisante professionnalisation de la formation, qui est à l'origine du délai de latence entre fin des études et entrée en activité. Vous ne l'abordez pas mais vous refusez la main que nous vous tendions hier soir pour la dernière année de troisième cycle... Comment travailler ainsi ?

Nous voterons l'amendement de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, mais le débat ne sera pas clos. *(M. Martial Bourquin et Mme Martine Filleul applaudissent.)*

M. Raymond Vall. – Vous sous-estimez la gravité de la situation. *(Mme la ministre le conteste.)* Le sort de votre loi se joue sur cet amendement. Vous admettez qu'il n'y aura pas d'amélioration concrète avant sept ans, et votre plaidoirie se retourne contre vous.

Vous voulez rendre les territoires attractifs, mais cela ne se fait pas d'un coup de baguette magique. Votre loi, je la voterai car elle comporte des avancées. Vous pouvez prendre le risque de conditionner le conventionnement pour quelques années ! Vous refusez de traiter ce problème, la perception de votre loi est en jeu.

M. Martial Bourquin. – L'incitation n'a pas fonctionné. Tous les gouvernements ont essayé... La question qui se pose, c'est le conventionnement sélectif. L'Espagne le fait depuis longtemps, l'Allemagne s'y met après les Pays-Bas... Tous les pays d'Europe ont le même problème. Il y a en France 105 médecins pour 100 000 habitants, comme ailleurs en Europe. La contrainte, beaucoup de professionnels la vivent. Lorsqu'il y aura eu des morts, les habitants auront le droit de se retourner contre nous. Pourquoi ? À cause du dogme de la liberté d'installation... *(Applaudissements sur les bancs des groupes SOCR et CRCE ; M. Raymond Vall applaudit également.)*

M. Vincent Segouin. – Dans l'Orne, à moins de deux heures de Paris, qu'offrons-nous aux jeunes médecins ? Eh bien, 50 000 euros leur sont versés à leur installation, ils sont exonérés fiscalement et socialement pendant cinq ans, leur loyer est très modéré, 8 euros du mètre carré, la permanence des soins qu'ils doivent assurer n'est que de 9 heures à 19 heures, quatre jours par semaine. Que pouvons-nous faire de plus ? Nous sommes obligés d'aller chercher les médecins en Espagne ! Près de 20 % des affiliés à la sécurité sociale n'ont pas de médecin traitant. Il faut essayer autre chose.

Mme Dominique Vérien. – Le médecin est libre de s'installer où il veut mais s'il veut s'installer dans des zones surdotées, il ne sera pas conventionné...

M. Martial Bourquin. – Absolument !

Mme Dominique Vérien. – Il faut juste cibler les dépenses publiques là où il y en a besoin. (« Très bien ! » et *applaudissements sur les bancs du groupe SOCR*)

Mme Martine Filleul. – Je propose de rendre identique à l'amendement n°423 rectifié l'amendement n°178 rectifié *bis*.

M. le président. – En enlevant le 1°, l'amendement devient l'amendement n°178 rectifié *ter*.

Amendement n°178 rectifié *ter*, présenté par MM. J. Bigot et Bérit-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllegatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévile et Tocqueville, MM. Sueur, Montaugé, Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mmes Artigalas et Grelet-Certenais, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Courteau et Temal et Mme Monier.

Après l'article 4

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-.... – À titre expérimental pour une durée de trois ans, en l'absence de conclusion d'accord dans les conditions prévues au 20° *bis* de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale dans les douze mois suivant la promulgation de la loi n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral dans les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine ces zones par arrêté, après concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins et après avis du conseil territorial de santé.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article.

« Au plus tard trois mois avant son terme, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation. Ce rapport évalue en particulier la contribution de ce dispositif à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins. »

M. Hervé Maurey. – Madame la ministre, vous proposez les mêmes remèdes que vos prédécesseurs !

Voix à gauche. – Très juste !

M. Hervé Maurey. – Mme Bachelot promettait que le problème serait réglé en 2019. Pour vous, c'est en 2025 ! Il n'y a pas de zones surdotées ? Mais en huit jours, je vous trouve un rendez-vous de spécialiste

dans le quartier (*Mme Cathy Apourceau-Poly le confirme.*), tandis qu'un maire de l'Eure, croisé récemment, me confiait avoir obtenu un rendez-vous chez un ophtalmologiste en février prochain !

Vous dites que la régulation a échoué en Allemagne. C'est faux ! Vous craignez une médecine à deux vitesses ? Elle existe déjà ! Le 6 mai 2019, les Allemands ont voté une loi qui la confirme en donnant un peu plus de pouvoirs aux régions.

Je suis aussi choqué de l'hypothèse selon laquelle un médecin forcé de s'installer soignerait moins bien les patients... Nicolas Sarkozy avait repris cet argument durant sa campagne - ce qui m'avait choqué, car je respecte bien trop les médecins pour le croire. Je crains un drame sanitaire dans notre pays. Quand on attend trop longtemps pour avoir un rendez-vous, bien souvent, quand on y arrive, c'est trop tard. Telle est la réalité, aujourd'hui, dans nos territoires ! Cette situation est insupportable. (*Applaudissements sur plusieurs bancs des groupes UC, Les Indépendants, RDSE, SOCR et CRCE*)

M. Patrice Joly. – Le nombre de généralistes est insuffisant en France. La gestion de leur répartition se pose donc avec d'autant plus d'acuité. Des amendements volontaristes vous sont proposés, en s'appuyant notamment sur les conventionnements. Je ne peux accepter d'entendre que parce qu'on imposerait des mesures de régulation aux médecins, ils travailleraient moins bien. Cela renvoie à la façon dont on perçoit le travail des fonctionnaires. J'en connais, qui sont engagés, consciencieux.

L'égal accès à la santé est essentiel dans des départements où l'état sanitaire de la population est globalement médiocre. Il en va de la responsabilité des autorités politiques, voire de votre responsabilité judiciaire. (*Applaudissements sur quelques bancs du groupe SOCR*)

Mme Elisabeth Doineau. – Ma voix sera dissonante. L'activité libérale perd du terrain. En 2010, 60 % de médecins choisissaient cette activité, ils sont 56 % aujourd'hui.

De même, en 2010, la France comptait 94 000 généralistes, contre 87 000 aujourd'hui. Comment gérer cette pénurie ? Les amendements proposés ne vont pas apporter à eux seuls de solution miracle.

L'Aveyron a montré l'exemple, avec un projet d'attractivité du territoire. Aujourd'hui, il a autant de médecins qui s'installent que ceux qui partent. D'autres départements leur emboîtent le pas.

Des mesures de régulation ne sont pas une solution. On ne peut aujourd'hui remplacer un médecin par un médecin : les jeunes professionnels veulent s'installer avec des collègues médecins et des professionnels de santé. Préparons les territoires et réfléchissons à des contrats locaux de santé. La grande majorité du groupe UC votera cet amendement ; avec quelques autres, je m'abstiendrai.

Mme Laurence Cohen. – Nous voterons ces amendements qui ne régleront pas le problème des déserts médicaux. Certes, il n'existe pas une solution. Néanmoins, il faut expérimenter la mesure proposée.

Beaucoup font leur autocritique sur des politiques menées depuis trente ans. N'ayez pas la mémoire courte ! Les déserts médicaux concernent aussi le maillage hospitalier. Nous allons examiner les articles 8 et 9 : les hôpitaux de proximité risquent de ne plus avoir d'urgences. Un médecin libéral voudra-t-il s'installer dans un territoire sans maillage collectif ? Soyons logiques jusqu'au bout. Les solutions sont multiformes. Notre responsabilité de parlementaires est engagée. Notre définition de l'hôpital de proximité n'a rien à voir avec celle du Gouvernement. Proposons des solutions coordonnées.

M. Bernard Delcros. – Élisabeth Doineau a raison : il n'y a pas de solution miracle. Mais nous devons tenter d'apporter une solution en urgence : des territoires sont au bord de la rupture. Je ne vois pas comment on peut répondre à cette urgence sans régulation.

M. Hugues Saury. – Vos arguments ne m'ont pas convaincu, madame la ministre. Vous citez des professions de santé, comme les kinésithérapeutes, les sages-femmes, les orthophonistes en précisant qu'elles sont surdotées - mais pas les pharmaciens, qui forment un maillage complet du territoire sans égal, et ils sont soumis à un *numerus clausus* d'installation depuis plus de 70 ans. Avant, il y avait plusieurs pharmacies dans la même rue principale des grandes villes et peu dans les campagnes.

Le résultat de cette régulation : l'absence de déserts pharmaceutiques. Les demi-mesures ne changeront rien.

M. Daniel Chasseing. – Le *numerus clausus* ne date pas d'hier, mais nous en subissons les conséquences. Votre refus des amendements que nous avons proposés, madame la ministre, ne laisse guère de choix aux sénateurs, qui vont revenir dans leurs territoires d'où les médecins s'en vont, et où les pharmacies fermeront. Allons vers la petite coercition proposée ici.

Il faudra revenir aux amendements intergroupes d'hier. Ce que vous proposez va dans le bon sens, mais c'est insuffisant.

M. Philippe Mouiller. – Bravo !

Mme Florence Lassarade. – J'irai à contre-courant. J'espère que les jeunes médecins ne nous écoutent pas ce soir ; étant traités d'enfants gâtés, auront-ils envie de s'installer en territoire rural ? (*Mme Patricia Schillinger applaudit.*)

Au vu des revenus des médecins libéraux, on comprend que les jeunes n'aient plus envie de s'installer. Certains spécialistes sont aussi mal payés que les généralistes. Ne nous étonnons pas qu'il y ait peu de volontaires pour partir loin des grandes villes !

Mme Marie-Noëlle Lienemann et M. Martial Bourquin. – Que faisons-nous alors ?

Mme Florence Lassarade. – Il faut s'occuper de leur rémunération ! J'étais installée dans un désert médical. J'ai donné, redonné, et aucun de mes enfants n'a souhaité faire ce que j'ai fait.

Quelle image donne-t-on du Sénat ? (*Mmes Annie Delmont-Koropoulis et Catherine Deroche applaudissent.*)

M. Michel Vaspert. – Appeler en priorité certains amendements fait-il tomber tous les autres ?

M. Jean-Pierre Sueur. – C'est à cela que cela sert puisqu'ils tomberont !

M. le président. – Pas tous.

M. Michel Vaspert. – Lesquels ?

M. le président. – Les amendements n^{os}147 rectifié *ter*, 366 rectifié *bis* et 228 rectifié *bis*.

M. Dominique de Legge. – Je ne suis pas spécialiste de la médecine. Nous sommes tous favorables à une médecine libérale, et donc à la liberté d'installation. (*Mme Annick Billon approuve.*)

Mais son corollaire est la liberté de choisir son médecin, encore faut-il qu'il y en ait un ! Vous nous dites, madame la ministre, que les mesures coercitives ne sont pas efficaces : soit. Mais il faut qu'un signal soit envoyé pour une meilleure adéquation entre médecins et patients.

Madame la ministre, pourquoi vous obstinez-vous à refuser ces amendements alors qu'ils sont en phase avec votre loi ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*)

M. René-Paul Savary. – La médecine générale est le plus beau des métiers. Je ne regrette absolument pas d'avoir été médecin généraliste. Lorsque je suis parti m'installer à la campagne, mes camarades de faculté me disaient : fais comme nous, viens en ville ! Mais le contexte était différent.

Madame la ministre, vous vous enfermez. Vous nous avez fait rêver en supprimant le *numerus clausus*. Mais nous en verrons les effets dans dix ans et il n'est pas sûr que plus d'étudiants soient formés.

Je ne suis pas sûr que la coercition répondra aux besoins, faute de médecins. L'amendement de la commission, intergroupes, permet d'avoir des jeunes médecins dans les territoires lors de leur dernière année de professionnalisation.

Si vous n'acceptez pas l'amendement Longeot et Vaspert, avec une prise en compte des inégalités territoriales, vous ne proposez aucune autre solution.

Nous faisons un premier pas qui pourrait nous rassembler. Il sera temps lors de la discussion de la convention d'adapter le dispositif. (*Applaudissements sur les bancs des groupes Les Républicains et UC ;*

MM. Raymond Vall et Franck Menonville applaudissent également.)

M. Michel Amiel. – J'ai exercé 35 ans de médecine générale. Entre 1978 et 2014, le métier a changé, de même que la société. On était taillable et corvéable à merci, jour et nuit. Maintenant, il faut deux médecins pour en remplacer un de l'ancienne génération. Il n'y a non pas moins de médecins mais moins de temps médical consacré aux patients.

Je ne voterai pas ces amendements, pas par corporatisme. Rien ne marchera car la relation médecin-patient va encore évoluer dans deux directions : la prise en charge par des infirmiers de certains actes médicaux, et la télémédecine, qui n'est pas ma tasse de thé. Mais les jeunes médecins et les jeunes « consommateurs » de santé...

M. Joël Labbé. – Oh là là !

M. Michel Amiel. – ... l'apprécie.

Il y aura 15 à 20 ans difficiles pour les médecins qui exercent aujourd'hui, avant des évolutions. Rien d'incitatif, ni de coercitif ne sera efficace.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je rejoins les propos de Mme Lassarade et de MM. Savary et Amiel. Si vous adoptez un amendement de déconventionnement, vous donnerez une image catastrophique aux jeunes médecins. À la place d'un jeune médecin, je m'installerai à 1,5 km de la zone déconventionnée. Si vous me déconventionnez, ma prescription, elle, n'est pas déconventionnée. Les patients qui viennent me voir déboursent 25 euros qui peuvent leur être remboursés par une assurance privée avec laquelle j'aurai signé un contrat de conventionnement. En outre, mes malades seront remboursés pour tous les médicaments et radios que je prescrirai. Comme en Allemagne, je donnerai une consultation à 45 euros, et je gagnerai mieux ma vie que mon confrère conventionné par la sécurité sociale.

Faire rire sur un ministre n'est pas *fair-play*, monsieur Sueur. Il est vrai que quatre ministres successifs ont eu recours à la même méthode, mais vous avez soutenu Mme Touraine... (*M. Jean-François Husson applaudit.*) et vous avez voté sa réforme car vous saviez qu'elle avait raison.

Les ministres ne sont pas des imbéciles. Ils ont analysé la situation avant d'agir.

M. Martial Bourquin. – Mais ça ne marche pas !

M. Alain Milon, rapporteur. – Mais si ! On regarde, on tranche et on vous propose. Si les mesures de coercition et de déconventionnement ne sont pas proposées, c'est parce qu'elles ne marchent pas.

M. Martial Bourquin. – Personne n'a essayé !

M. Alain Milon, rapporteur. – Monsieur Sueur, vous évoquez les enseignants et policiers envoyés à Dunkerque - ce qui n'est pas très gentil pour cette ville.

Ce sont des fonctionnaires : les médecins ne le sont pas. Si vous voulez en faire des fonctionnaires, il faudra trois médecins fonctionnaires pour remplacer un libéral. Vous verrez que cela coûtera cher à la société ! (*Marques de protestations sur les bancs du groupe CRCE ; applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*)

Monsieur Bourquin, en disant que les études en médecine coûtent cher à la Nation, vous mettez l'opprobre sur les étudiants en médecine ; c'est scandaleux et je ne l'accepte pas. (*Applaudissements sur les bancs des groupes Les Républicains et UC*) L'État paie les études de tout le monde ; pourquoi pas celles des médecins ? (*M. Philippe Mouiller applaudit.*)

L'activité libérale perd du terrain parce que le métier n'est plus attractif. Nous avons accepté des Ondam, avec une consultation à 23 euros quel que soit le type de consultation - bien moins que bien des artisans !

Une pharmacie ne travaille pas avec un seul médecin. Adoptez les amendements n^{os} 423 et 438 rectifié *bis* et rejetez tous les autres. J'ai demandé un scrutin public sur chaque amendement. (*Applaudissements sur divers bancs des groupes Les Républicains et UC*)

Mme Agnès Buzyn, ministre. – À l'hôpital, j'ai vu le système de santé se dégrader progressivement, faute de médecins généralistes et de spécialistes. J'ai accepté ce poste de ministre pour faire, et faire mieux, avec les contraintes que je connaissais. Ces problèmes, je les ai vus à l'hôpital ; en tant que cancérologue, je devais être le médecin traitant de mes patients, qui n'en trouvaient pas.

Je le vois chaque jour : la tâche est terriblement rude. Vous n'êtes pas les seuls à voir la douleur dans les territoires. Chacun d'entre nous a des liens dans tous les territoires de France. (*Murmures à gauche*)

M. Benoît Huré. – Très bien !

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Il y a urgence à agir. Depuis juin 2017, je travaille sur un plan d'accès aux soins, avec des mesures facilitatrices pour l'installation des médecins, pour le cumul emploi-retraite, pour créer des postes d'assistants salariés. Ce plan a été présenté par le Premier ministre en octobre 2017.

J'ai souhaité ensuite une réforme plus globale, notamment la formation, le financement de la médecine, le numérique, l'organisation.

Le résultat, c'est cette loi et le plan global « Ma Santé 2022 » qui va bien au-delà de ce texte. Dans la transformation du système de santé, il y a des leviers législatifs, réglementaires, conventionnels et financiers que vous retrouverez dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Beaucoup d'entre vous disent : cela ne suffit pas ; cela n'a pas marché. Pourquoi ? On a pensé à un modèle du XX^e siècle, un médecin en remplaçant un

autre, et des aides à l'installation ont été proposées. Mais la médecine a profondément changé. Les professionnels de santé sont engagés au quotidien à transformer le système. Ne niez pas la souffrance des soignants. Les jeunes ont un sens de la santé publique, de la prévention, mais ils veulent un exercice collectif, en maison de santé, voire salarié. Il faut l'entendre.

Ma loi, c'est un panel de solutions mettant les professionnels en responsabilité territoriale. Vous rendez-vous compte de ce que représente pour des syndicats médicaux d'accepter une responsabilité populationnelle et territoriale ? Je les remercie beaucoup, et j'espère qu'ils signeront la convention médicale. Nous réalisons d'immenses pas.

Beaucoup de ces leviers sont dans le plan de transformation proposé : télémédecine, changements de financements, organisations innovantes, délégations de tâches, les postes salariés...

Si je n'accepte pas les conventionnements sélectifs et la coercition, c'est parce qu'il suffit de raisonner pour voir les effets pervers immédiats de telles mesures sur les jeunes médecins. Je me sens responsable de la santé des Français, je prends mes responsabilités. Nelson Mandela disait : « que vos choix reflètent vos espoirs, et pas vos peurs ». Aujourd'hui, nous débattons de vos peurs... *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM ; Mme Véronique Guillotin applaudit également ; marques de protestation sur les bancs des groupes CRCE et SOCR.)*

Mme Laurence Rossignol. – Quelle honte !

À la demande de la commission des affaires sociales, les amendements identiques n^{os} 423 et 438 rectifié bis sont mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n^o 131 :

Nombre de votants.....	341
Nombre de suffrages exprimés.....	328

Pour l'adoption.....	299
Contre.....	29

Le Sénat a adopté.

Les amendements identiques n^{os} 423 et 438 rectifié bis deviennent un article additionnel.

(Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR ; Mme Céline Brulin applaudit également.)

L'amendement n^o 147 rectifié ter n'a plus d'objet, non plus que les amendements n^{os} 366 rectifié bis et 233 rectifié quater.

M. Hervé Maurey. – Rappelons ce sur quoi nous votons. Les amendements identiques n^{os} 179 rectifié, 365 rectifié bis, 422 et 437 rectifié ter prévoient que soient insérés dans le code de la santé publique les mots « sans préjudice du respect du principe de l'égal

accès aux soins ». Ce n'est ni de la coercition ni de la régulation. À côté du principe de liberté d'installation, qui n'est pas remis en cause, existe aussi un principe qui a valeur constitutionnelle d'égal accès aux soins. Dès 1991, le Conseil constitutionnel a affirmé la valeur constitutionnelle du principe de protection de la santé publique.

Selon le rapporteur, il ne s'agit pas d'un principe déontologique. Peut-être, mais il est utile de voter ces amendements pour concilier deux libertés.

En Allemagne, la Cour suprême a rappelé la valeur constitutionnelle de la liberté d'installation, mais elle a établi qu'elle devait être conciliée avec un principe plus important encore, l'intérêt général. *(Applaudissements sur les bancs du groupe UC)*

M. Alain Milon, rapporteur. – L'égal accès aux soins est un principe déontologique et non un principe constitutionnel. Ces amendements touchent à la liberté d'installation sans préjudice du respect d'égal accès aux soins. Ces amendements reviennent sur la convention médicale.

À la demande de la commission des affaires sociales, les amendements identiques n^{os} 179 rectifié, 365 rectifié bis, 422 et 437 rectifié ter sont mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n^o 132 :

Nombre de votants.....	316
Nombre de suffrages exprimés.....	257

Pour l'adoption.....	100
Contre.....	157

Le Sénat n'a pas adopté.

À la demande de la commission des affaires sociales, l'amendement n^o 232 rectifié quater est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n^o 133 :

Nombre de votants.....	340
Nombre de suffrages exprimés.....	291

Pour l'adoption.....	82
Contre.....	209

Le Sénat n'a pas adopté.

M. le président. – Les amendements n^{os} 178 rectifié bis et 421 ont été rectifiés, mais les avis de la commission et du Gouvernement demeurent défavorables.

M. Hervé Maurey. – L'amendement de la commission du développement durable a été rectifié mais l'avis du Gouvernement n'a pas changé. Je suis surpris de l'enchaînement d'autant de scrutins publics, alors que l'hémicycle est suffisamment rempli. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR)*

J'y vois quand même un avantage : le vote de chacun sera dans le *Journal officiel*, et je m'en réjouis. Chaque élu, chaque citoyen verra le vote de son sénateur. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR ; Mme Marie-Noëlle Lienemann applaudit également.*)

L'amendement n°421 rectifié n'est pas un amendement de coercition mais de régulation. Il ne remet pas en cause la liberté d'installation mais l'encadre, comme l'est toute liberté, par la convention. Si la convention n'est pas concluante, nous ferons le un pour un : un médecin ne pourra s'installer que là où un médecin part à la retraite.

Enfin, nous proposons une expérimentation pendant trois ans et non une mesure définitive. Nous sommes la chambre des territoires : soyons à la hauteur de ce que nous voulons être.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis. – Cet amendement, expérimental est moins dur que la proposition de la Cour des comptes qui préconise depuis 2014 un conventionnement individuel. L'AMF, l'AMPVF et l'AMRF le soutiennent. Plus nous reporterons les mesures à prendre, plus les propositions se durciront. L'amendement n°421 rectifié répond à ces attentes.

M. Jean-François Husson. – Je veux réagir aux propos du président Maurey. Nous méritons autre chose que ces montées d'adrénaline, cette façon de montrer du doigt ceux qui ont une position différente, voire opposée... Menacer ainsi d'aller regarder les votes au *Journal officiel*, ce n'est pas digne de l'élu que vous êtes ! (*On renchérit sur les bancs du groupe Les Républicains.*) Chacun peut changer d'avis, vous comme moi. Lors de l'examen de la loi Pacte, entre la commission et la séance publique, les positions ont changé du tout au tout : le rapporteur s'y perdait ! Chacun est responsable de son vote, et tous sont respectables. (*Applaudissements sur les bancs des groupes Les Républicains, RDSE et LaREM*)

M. Claude Bérit-Débat. – Si nous avons rendu notre amendement identique à celui de M. Longeot, c'est que l'analyse est partagée au sein de la commission de l'aménagement du territoire. Nous ne croyons pas aux solutions d'il y a vingt ans. Je regrette que la commission demande ces scrutins publics. Ce choix lui appartient, je le respecte et voterai ces amendements.

Mme Laurence Cohen. – Nous aussi car ils lancent une expérimentation. Mais les amendements qui se suivent sont assez voisins et j'espère qu'au bout du compte, nous saurons plus précisément ce que nous votons !

M. Alain Milon, rapporteur. – Je rejoins les propos de M. Husson. Jeter à la vindicte populaire le vote d'un élu est déplacé. L'amendement précise bien qu'en absence d'accord, les médecins seront déconventionnés. Or les auteurs sont sûrs de leur coup : ils savent qu'il n'y aura pas d'accord avec les

syndicats de médecins. C'est de la délation pure et simple.

À la demande de la commission des affaires sociales, les amendements identiques n°s 178 rectifié ter et 421 sont mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°134 :

Nombre de votants	339
Nombre de suffrages exprimés	286

Pour l'adoption.....	102
Contre.....	184

Le Sénat n'a pas adopté.

À la demande de la commission des affaires sociales, l'amendement n°233 rectifié quater est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°135 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	292

Pour l'adoption.....	84
Contre.....	208

Le Sénat n'a pas adopté.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°116 rectifié ter prévoit à titre expérimental des rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie définis par une convention entre l'Uncam et le Conseil de l'Ordre - et non les syndicats. Imaginez le chahut que cela susciterait dans d'autres professions !

À la demande de la commission des affaires sociales, l'amendement n°116 rectifié ter est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°136 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	286

Pour l'adoption.....	61
Contre.....	225

Le Sénat n'a pas adopté.

M. le président. – Amendement n°146 rectifié bis, présenté par MM. Raison, Perrin et Darnaud, Mme Lopez, M. Revet, Mme Guidez, MM. Détraigne, Mayet et Joyandet, Mme Eustache-Brinio, MM. Charon, D. Laurent, Genest et Moga, Mmes C. Fournier et Chauvin, M. Cuypers, Mmes Joissains, Deromedi et Raimond-Pavero, MM. Meurant, Saury, Pierre, de Nicolaÿ, Pellevat, Pointereau, Vaspert, Priou et Rapin, Mme Sollogoub, M. Laménie, Mme Lamure et M. Gremillet.

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 2° bis de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Un délai raisonnable suivant la soutenance de la thèse de doctorat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 632-4 du code de l'éducation, au terme duquel les médecins généralistes ou spécialistes n'ayant pas exercé la médecine ne peuvent être conventionnés ; ».

M. Michel Raison. – Nous conditionnons le conventionnement des médecins à leur installation dans un délai raisonnable suivant la soutenance de leur thèse, car nombreux sont ceux qui préfèrent faire des remplacements.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable, car les médecins remplaçants exercent bien la médecine. Sur ma proposition, la commission a limité les remplacements effectués par les docteurs en médecine aux trois ans suivant l'obtention de leur diplôme. Notre rédaction est préférable, et va dans votre sens.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable.

M. Michel Raison. – Ce délai de trois ans est une avancée.

L'amendement n°146 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°351 rectifié, présenté par Mme M. Carrère, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli, Collin et Corbisez, Mme Costes, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4131-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-.... – Lorsqu'ils exercent à titre de remplaçant d'un médecin, soit comme adjoint d'un médecin dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4, les médecins ayant satisfait aux obligations liées à la formation universitaire ainsi qu'à la formation pratique et théorique du remplaçant peuvent être autorisés à exercer la médecine sous le statut de travailleur non salarié. »

M. Guillaume Arnell. – Nous proposons un statut de « médecin volant » qui permettrait à des docteurs en médecine de venir ponctuellement épauler d'autres médecins, notamment en zone sous-dense, en qualité de travailleurs non-salariés. Ils bénéficieraient d'un statut propre, différent des remplaçants ou des adjoints puisqu'ils exerceraient pour leur propre compte.

Ce statut limiterait le poids de charges sociales en alignant le régime d'assurance-maladie sur celui des salariés.

M. Alain Milon, rapporteur. – Plusieurs outils permettent déjà un exercice ponctuel : remplaçant, adjoint, assistant. Ne complexifions pas un paysage déjà peu lisible. La priorité doit être d'inciter les médecins à s'installer durablement sur un territoire pour y assurer le suivi d'une patientèle. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°351 rectifié est retiré.

ARTICLE 4 BIS

M. le président. – Amendement n°301, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

Mme Michelle Gréaume. – Cet article, introduit en commission, exonère de cotisations sociales pendant cinq ans les médecins qui s'installent en zone sous-dense.

Les médecins peuvent déjà bénéficier d'exonérations de cotisations sociales, d'exonérations de l'impôt sur le revenu ou d'impôt sur les sociétés en ZRU ou en ZRR. Selon la Cour des Comptes, ces exonérations ont entraîné un effet d'aubaine de 20 millions d'euros pour 773 bénéficiaires contre un apport de seulement 50 médecins depuis 2007. Avouez que ce n'est guère efficace. Cessons ces exonérations massives !

M. le président. – Amendement identique n°461, présenté par le Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous travaillons à une remise à plat des aides d'État. Je suis favorable à l'installation la plus précoce après la fin des études, mais je vous propose d'aborder la question des exonérations lors de l'examen du PLFSS pour 2020.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable à la suppression d'un dispositif mis en place par la commission qui exonère les médecins qui s'installent rapidement et restent cinq ans au même endroit. C'est une incitation supplémentaire à l'installation. Maintenons-la, et si besoin est, nous y reviendrons dans le PLFSS.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cet amendement ne cible pas les zones sous-denses. Je vous propose de le circonscrire.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il n'y a plus guère de zones qui ne soient pas sous-denses ! (*Mme Frédérique Puissat le confirme.*) C'est la non-installation qui fait que les zones sous-denses existent sur tout le territoire. À Paris, elle tient au prix des loyers ; en banlieue, à l'insécurité ; à la campagne, à la disparition des services. À l'hôpital, les postes

manquent partout. Nous en rediscuterons dans le PLFSS.

Mme Laurence Cohen. – Je salue la proposition de Mme la ministre de remettre à plat les exonérations de cotisations sociales, dont l'inefficacité est patente.

Les amendements identiques n^{os} 301 et 461 ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°828, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 2

Remplacer la référence :

L. 722-1

par la référence :

L. 646-1

L'amendement de coordination n°828, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°676 rectifié, présenté par MM. Genest et Darnaud, Mme Estrosi Sassone, M. Courtial, Mmes Bruguière et Noël, M. Bouloux, Mme de Cidrac, MM. Cuypers, Bonhomme et Danesi, Mme Deromedi et MM. Pointereau, D. Laurent, Morisset et Gremillet.

I. – Alinéa 2

Après les mots :

du présent code

insérer les mots :

ainsi que de l'impôt sur les bénéfices

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Mme Dominique Estrosi Sassone. – Nous ajoutons une exonération d'impôt sur les bénéfices pendant les cinq ans suivant l'installation dans un territoire sous-doté.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il n'est pas apparu très sage à la commission d'étendre ces avantages à l'impôt sur les bénéfices. Retrait ou avis défavorable.

L'amendement n°676 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°424, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article n'est pas applicable aux installations dans les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins. Ces zones sont déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins et après avis du conseil territorial de santé. »

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis. – Notre commission propose d'exclure de ces exonérations les zones où l'offre de soins est excédentaire. La Cour des comptes rappelle que les dispositifs d'incitation à l'installation n'ont jamais été évalués malgré leur multiplication et qu'ils n'ont pas enrayer le creusement des inégalités territoriales. On peut légitimement s'interroger sur leur efficacité, d'autant qu'ils sont coûteux pour les finances publiques : 90 millions d'euros en 2015 pour le seul périmètre de l'État et de l'assurance maladie.

Nous proposons un ciblage sur les territoires en ayant le plus besoin, en miroir des autres mesures que nous proposons pour améliorer l'accès aux soins.

M. le président. – Sous-amendement identique n°830 à l'amendement n°424 de M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, présenté par MM. Chasseing, Bignon, Capus, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Lafoaulu, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot et MM. Menonville et Wattedled.

M. Daniel Chasseing. – Ce sous-amendement cible davantage les exonérations de cotisations sociales sur les territoires carencés en médecins, tout en limitant l'incidence sur les finances publiques et les distorsions fiscales à l'égard des autres professions.

Le président Milon a raison de dire qu'il y a des problèmes partout, mais concentrons nos efforts.

M. le président. – Amendement identique n°439 rectifié *bis*, présenté par MM. Vaspert, Bizet, Raison et Mandelli, Mmes Ramond et Raimond-Pavero, MM. Nougéin, Pellevat, Mayet, Paul, Perrin, Bascher, Genest, Meurant, Brisson et D. Laurent, Mme Deromedi, MM. B. Fournier et de Legge, Mme Noël, MM. Guené, Bouloux et Pointereau, Mme Lamure et MM. Laméni et Gremillet.

M. Michel Vaspert. – Cet amendement va dans le sens de la ministre, j'espère donc un avis favorable !

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable au sous-amendement n°830. Sagesse sur les amendements identiques n°424 et 439 rectifié *bis*... négative en ce qui me concerne ! (*Sourires*) Il n'y a plus de zones sur-denses : la suppression de la suppression des cotisations ne sera donc pas très efficace.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. En effet, il n'y a pas de zones sur-denses. Je propose de retravailler ces amendements d'ici le PLFSS, afin de préciser le mécanisme et éviter les effets d'aubaine.

Le sous-amendement n°830 n'est pas adopté.

Les amendements identiques n°s 424 et 439 rectifié bis sont adoptés.

M. Yves Daudigny. – De par mon expérience, je suis très réservé sur ces exonérations, d'autant qu'elles s'ajoutent aux autres avantages liés à l'installation en ZRR. J'ai pu constater des effets d'aubaine et vu des praticiens qui s'étaient investis de longue date dans des projets collectifs être privés du bénéfice de ces avantages du fait qu'ils exerçaient déjà dans ces secteurs ! Cumulés, les avantages financiers sont importants.

L'article 4 bis, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°25 rectifié *bis*, présenté par M. Segouin, Mme Eustache-Brinio, MM. Lefèvre, Joyandet et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, M. Longuet, Mme Morhet-Richaud, MM. Revet, Morisset et de Nicolaÿ, Mme Deromedi, MM. Saury, Babary, Genest, Poniatowski et Meurant, Mme Procaccia, M. Laménie, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Pellevat, Rapin, Cuypers et B. Fournier, Mmes Canayer et de Cidrac et M. Gremillet.

Après l'article 4 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 161-22-1A du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-22-1 ... ainsi rédigé :

« Art. L. 161-22-1 – L'article L. 161-22 ne fait pas obstacle à l'exercice par un médecin retraité d'une activité dans une zone définie sous-dense par l'agence régionale de santé.

« Les revenus perçus par le médecin retraité au titre de son activité sont exonérés de la totalité des cotisations sociales et de retraite dès lors qu'ils n'excèdent pas 90 000 euros annuels. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

M. Vincent Segouin. – Cet article autorise les médecins retraités à continuer d'exercer en zones sous-denses et leur octroie une exonération fiscale pour les y inciter.

M. le président. – Amendement n°409 rectifié, présenté par Mme Jasmin, M. Lurel, Mme Perol-Dumont, M. Antiste et Mme Conconne.

Après l'article 4 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 722-4-... ainsi rédigé :

« Art. L. 722-4-.... – Les honoraires et revenus des médecins mentionnés à l'article L. 161-22 et effectuant au moins cinq années d'activité professionnelle à titre libéral dans des zones médicalement sous dotées, sont exonérés des cotisations dues en application des articles L. 613-1, L. 621-2, L. 642-1, L. 645-2 et L. 646-3 jusqu'au terme de leur cinquième année d'activité continue et conformément à un barème dégressif déterminé par décret. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Mme Victoire Jasmin. – Cet amendement facilite le retour en activité de médecins retraités éligibles au cumul emploi-retraite. Sachant qu'ils ont déjà beaucoup cotisé, il les exonère progressivement de toutes cotisations sociales pendant cinq ans.

M. le président. – Amendement n°453 rectifié, présenté par Mme Jasmin, MM. Lurel et Antiste et Mme Conconne.

Après l'article 4 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 1434-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-3-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-3-.... – Dans le cadre du schéma régional pluriannuel d'organisation des soins, sont créées, sur proposition de l'agence régionale de santé, dans les zones démographiques sous dotées médicalement, des zones franches rurales et d'outre-mer médicales.

« Il est institué, dans les zones franches médicales prioritaires, une exonération des cotisations sociales auxquels sont assujettis les médecins généralistes retraités et les médecins spécialistes retraités à hauteur de 100 % pendant les deux premières années à compter de leur installation dans la zone franche rurale et d'outre-mer médicale et de 50 % pendant les deux autres années suivantes. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Mme Victoire Jasmin. – C'est la même chose, mais dans des zones franches.

M. le président. – Amendement n°3 rectifié *quater*, présenté par Mmes Imbert, Puissat, L. Darcos et Micouleau, MM. Sol, Vogel et Morisset, Mmes Gruny, Morhet-Richaud, Berthet et Deromedi, M. Longuet, Mmes Bruguère et Lassarade, M. Chatillon, Mmes Noël et Raimond-Pavero, MM. Mouiller, Kennel et Cuypers, Mmes Garriaud-Maylam, Delmont-Koropoulis et Deseyne, MM. D. Laurent, Vaspart, Retailleau, Saury et del Picchia, Mme Lopez,

M. Savary, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Poniowski, Meurant et Gilles, Mme M. Mercier, M. Piednoir, Mmes Chain-Larché, Thomas, Ramond et Canayer, MM. Courtial, Charon, Bouloux, Sido et Pointereau, Mme Deroche, MM. Chevrollier, Segouin, Duplomb et Gremillet, Mme de Cidrac, MM. J.M. Boyer et Laménié et Mme Lamure.

Après l'article 4 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-22-1 ... ainsi rédigé :

« Art. L. 161-22-1 – L'article L. 161-22 ne fait pas obstacle à l'exercice par un médecin retraité d'une activité de remplacement dans une zone définie sous-dense par l'agence régionale de santé pour une durée cumulée n'excédant pas vingt-quatre mois.

« Les revenus perçus par le médecin retraité au titre de son activité de remplacement sont exonérés de la totalité des cotisations sociales et de retraite dès lors qu'ils n'excèdent pas 90 000 € annuels. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Mme Corinne Imbert. – Dans le même esprit que l'amendement de M. Segouin, cet amendement favorise le cumul emploi-retraite en octroyant aux médecins retraités en activité une exonération fiscale, limitée à 24 mois cumulés. C'est une mesure de bon sens pour répondre au problème démographique et instaurer un compagnonnage entre un médecin retraité et un jeune qui s'installe en libéral.

M. le président. – Amendement n°148 rectifié *ter*, présenté par MM. Raison, Perrin, Darnaud et Revet, Mme Guidez, MM. Détraigne, Mayet, Vogel, Gilles et Joyandet, Mme Eustache-Brinio, M. Dufaut, Mmes Thomas, Chain-Larché, Puissat et L. Darcos, MM. Charon, D. Laurent et Genest, Mmes Raimond-Pavero et Deromedi, M. Poniowski, Mme Joissains, M. Cuyppers, Mmes C. Fournier et Chauvin, M. Moga, Mme Férat, MM. Bonne, Meurant, Pellevat, Saury, de Nicolaÿ et Pierre, Mmes A.M. Bertrand et Sollogoub, MM. Vaspert, Priou, Rapin, Laménié et J.M. Boyer, Mmes de Cidrac et Lamure et M. Gremillet.

Après l'article 4 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Les médecins exerçant leur activité dans les zones définies dans les conditions fixées par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficitaire, ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à pension de retraite et remplissant les conditions ouvrant droit à pension de retraite à taux plein, sont

exonérés des cotisations mentionnées au 1° de l'article L.642-1 du code de la sécurité sociale.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

M. Michel Raison. – Cet amendement de bon sens exonère de cotisations vieillesse les médecins pouvant prétendre à une retraite à taux plein qui, faute de successeur, prolongent leur exercice.

M. le président. – Amendement n°149 rectifié *quater*, présenté par MM. Raison, Perrin et Darnaud, Mme Eustache-Brinio, MM. Joyandet, Gilles, Vogel et Mayet, Mme Guidez, M. Revet, Mmes Puissat et L. Darcos, MM. D. Laurent, Charon, Genest et Bonne, Mme Férat, M. B. Fournier, Mme Chauvin, M. Cuyppers, Mme Joissains, M. Poniowski, Mmes Deromedi et Raimond-Pavero, MM. Meurant, Pierre, de Nicolaÿ, Pellevat et Saury, Mmes A.M. Bertrand et Sollogoub, MM. Vaspert, Priou, Rapin, Laménié et J.M. Boyer, Mme de Cidrac et M. Segouin.

Après l'article 4 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Les médecins exerçant leur activité dans les zones définies dans les conditions fixées par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficitaire, ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à pension de retraite et remplissant les conditions ouvrant droit à pension de retraite à taux plein, sont exonérés d'une partie des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

M. Michel Raison. – Cet amendement de repli prévoit une exonération partielle.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les amendements n°25 rectifié *bis* et 3 rectifié *quater* sont très proches, ce dernier reprenant la rédaction adoptée par le Sénat à l'article 8 *bis* A du dernier PLFSS, à l'initiative de M. Cardoux, président de la Mecss.

L'amendement n°25 rectifié *bis* n'encadre pas l'exonération dans la durée : avis défavorable.

J'avais envisagé de donner un avis favorable à l'amendement n°3 rectifié *quater*, car nous avons voté ce dispositif il y a peu. Mais les choses ont changé depuis : la ministre s'est engagée à porter le plafond des revenus exonérés à 80 000 euros. C'est suffisant, le revenu moyen des médecins en cumul emploi-retraite étant de 65 000 euros.

Les autres amendements sont moins opérationnels. L'amendement n°453 rectifié, curieusement, donne compétence aux ARS en matière fiscale. Et une

réinstallation dans la même zone n'est pas une nouvelle installation. La rédaction de M. Raison est moins précise.

En définitive, sagesse pour l'amendement n°3 rectifié *quater*, retrait des amendements n°25 rectifié *bis*, 148 rectifié *ter* et 149 rectifié *quater*, avis défavorable aux amendements n°409 rectifié et 453 rectifié.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cette disposition est d'ordre réglementaire. Les délégués du plan d'accès aux soins, dont Mme Doineau, ont proposé d'augmenter encore le plafond, que nous avons porté de 11 000 à 40 000 euros. Je m'étais engagée à le porter à 80 000 euros : l'arrêté a été publié aujourd'hui au *Journal officiel*. Retrait ?

L'amendement n°3 rectifié quater est retiré.

Mme Nadia Sollogoub. – Lors du PLFSS, j'avais proposé d'exonérer de cotisations retraite les médecins retraités. La loi Montagne prévoit une telle disposition pour les médecins en zone de montagne. Pourquoi une telle iniquité entre zones sous-denses ?

Mme Victoire Jasmin. – Mon amendement ciblait bien les médecins en cumul emploi-retraite qui s'installent dans une nouvelle zone. Cela dit, j'ai entendu les arguments de Mme la ministre.

M. Michel Raison. – Mes amendements sont presque satisfaits, je les retire.

Les amendements n°148 rectifié ter et 149 rectifié quater sont retirés, de même que les amendements n°25 rectifié bis, 409 rectifié et 453 rectifié.

ARTICLE 4 TER

M. le président. – Amendement n°462, présenté par le Gouvernement.

Supprimer cet article.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cet article, introduit en commission des affaires sociales, limite à trois ans la durée au cours de laquelle un médecin peut exercer en tant que remplaçant.

Moins de 4 % des médecins inscrits au tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2018 exercent une activité dite intermittente. Ce n'est pas déraisonnable, d'autant que le recours à des remplaçants est essentiel pour assurer la continuité des soins. Une diminution du vivier risquerait de laisser des territoires sans médecins pendant plusieurs semaines chaque année, avec des périodes critiques comme en été. Elle dégraderait le confort d'exercice des médecins en limitant leurs possibilités de s'absenter pour des congés ou des formations. Les territoires fragiles, qui peinent à attirer des médecins remplaçants, seraient les premiers à en subir les effets.

Un médecin qui déménagerait pourrait se voir interdire de remplacer durant l'intervalle entre deux

installations, ce qui limiterait d'autant le temps médical disponible pour la population.

L'exercice en tant que remplaçant permet aux jeunes médecins de préparer leur installation : 81 % des installés ont été remplaçants exclusifs avant de s'installer. Restreindre cette possibilité risquerait de dégrader encore l'attractivité de l'exercice libéral et de renforcer à l'inverse l'attrait du salariat. Cela poserait aussi un problème constitutionnel au regard du principe d'égalité entre les médecins en activité et les futurs médecins ayant une autorisation de remplacement sans limite.

Le Gouvernement est donc défavorable à cette disposition et entend privilégier une politique ambitieuse pour accompagner les débuts d'exercice en libéral.

Une concertation devra être menée. Je vous propose donc de supprimer cet article.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable. La commission a introduit l'obligation de trois ans maximum de remplacement pour un médecin thésé. Deux ans de thèse plus trois ans, cela fait cinq ans de remplacement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Beaucoup de médecins remplacent trop longtemps avant de s'installer et nous aimerions qu'ils s'installent plus vite. Mais cet article empêche un médecin de faire des remplacements ponctuels tout au long de sa vie, possibilité qui renforce l'attractivité de la carrière, qu'il s'agisse de remplacer un collègue pendant un an, ou de découvrir un territoire d'outre-mer, comme ce fut le cas pour mon père, chirurgien, qui passa un an à La Réunion. Vous empêchez de cumuler cinq ans de remplacement durant toute la carrière, ce qui ne paraît guère judicieux, voire dangereux, dans la rédaction actuelle.

M. Alain Milon, rapporteur. – Mme la ministre a sans doute raison, mais plutôt que de voter cet amendement, je maintiens le texte tel qu'il est et propose que nous réfléchissions à un amendement en CMP.

Mme Véronique Guillotin. – Je voterai cet amendement du Gouvernement. En effet, 75 % des internes en médecine générale veulent s'installer mais peu franchissent le pas. Préparons davantage les généralistes à l'installation, comme le dispositif Passerelle dans la région Grand Est, qui prépare l'avenir professionnel des jeunes médecins dès leur première année d'internat. Nous voulons maintenir une installation en ambulatoire, et non le développement de l'hospitalier et du salarié. Le nombre de remplaçants en médecine générale progresse très peu, et moins vite que le nombre d'inscrits au Conseil de l'ordre, alors qu'il y a une grande demande de médecins. Gardons des passerelles entre les métiers.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Je soutiens cet amendement. Je comprends que le rapporteur veuille installer un millier de médecins

supplémentaires, mais céder aux sirènes de la coercition achèvera la médecine libérale. Beaucoup de jeunes médecins feront des remplacements, mais pas au détriment du maillage territorial. Ils assurent la continuité de l'accès aux soins. Incitons les jeunes professionnels à l'installation. Ce ne sont pas des pions sur l'échiquier des territoires. Ne cédon pas aux fossoyeurs de la médecine libérale, dont le rêve de fonctionnarisation des médecins n'est qu'une chimère. (*Mme Marie-Noëlle Lienemann s'exclame.*) Laissons-les vivre !

Mme Laurence Cohen. – Je soutiens cet amendement de suppression, même si je comprends l'esprit de la commission. Laissons aux jeunes médecins la possibilité de faire des remplacements.

Pourquoi reporter à la CMP votre décision ? Cela me choque, ou me chagrine...Votons dès maintenant pour ou contre l'amendement de suppression !

Mme Élisabeth Doineau. – L'ensemble du groupe UC est d'accord pour soutenir l'amendement du Gouvernement. C'est exceptionnel ! De nombreux praticiens choisissent de remplacer parce qu'ils ont des propositions de remplacement. Si vous limitez le remplacement à trois ans, comment répondre à ces besoins ? Actuellement, la moyenne de remplacement est de sept à dix ans.

Dans les territoires ruraux, les médecins ont souvent du mal à se faire remplacer l'été. Votre intention est sans doute bonne, mais elle n'est pas convenablement traduite. Pourquoi attendre la CMP ? Nous venons d'avoir un débat construit.

M. René-Paul Savary. – De nombreux étudiants, auparavant, ne soutenaient par leur thèse ; nous avons rendu cette soutenance obligatoire dans les deux ans : cela fait deux ans de plus. La vie de remplaçant est belle ! Comme le remplacé veut absolument partir, il n'impute pas les charges.

Le médecin remplaçant a les recettes sans les dépenses en face. Pourquoi s'installer dans ces conditions ? Travailler trois semaines par mois suffit pour concilier vies familiale et professionnelle. Ce statut est intéressant. En plus, ces remplaçants ont des cotisations vieillesse car, madame la ministre, vous l'avez proposé dans le dernier PLFSS. La moyenne d'âge de l'installation est de 39 à 40 ans ; ce n'est pas normal ! Je comprends que l'on hésite à prendre des mesures contraignantes, mais nous laissons une marge de manœuvre de trois à cinq ans...

Mme Annick Billon. – Je voterai l'amendement de suppression qui contribue à l'attractivité de la profession.

M. Daniel Chasseing. – Je soutiens la rédaction de la commission, car les médecins faisant des remplacements, avec deux ans de thèse plus trois ans...

Dois-je rappeler que nous avons financé des médecins dans les maisons de santé ? Quand il n'y en aura plus, cela ne servira à rien de mettre des remplaçants.

Pouvoir faire des remplacements pendant cinq ou sept ans, c'est déjà bien. Si on permet des remplacements tout le temps, je le répète, il n'y aura plus de médecins dans les maisons de santé. (*Mme Laurence Cohen proteste.*)

Mme Céline Brulin. – Je suis surprise. Certains collègues défendent la liberté d'installation, et là ils n'en veulent plus...

Dans mon département côtier, comme dans les zones de montagne - nous avons besoin de plus de médecins à certaines périodes de l'année. Vous risquez d'accroître les déserts médicaux en laissant ce projet de loi en l'état.

Mme Corinne Imbert. – Je soutiens la rédaction de la commission des affaires sociales. Il peut y avoir des médecins collaborateurs ; mais malgré les CESP et CPTS, quand il n'y aura plus de médecins, ce sera un problème.

Je ne suis pas médecin, mais je pense que ce n'est pas un métier par défaut : si la collectivité en forme, c'est pour qu'ils servent l'intérêt public. (*MM. Daniel Chasseing et Vincent Segouin applaudissent.*)

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Dans une maison de santé, le collègue en activité remplace l'autre. Ne confondons pas le remplaçant avec le médecin intérimaire. Un remplaçant est payé par rétrocession selon les consultations faites, pour suivre la patientèle du médecin remplacé. Ne sous-estimons pas leur rôle de régulation.

L'amendement n°462 est adopté et l'article 4 ter est supprimé.

Les amendements n°s 364 rectifié et 580 n'ont plus d'objet.

M. le président. – Nous avons examiné 97 amendements aujourd'hui. Il en reste 478.

Prochaine séance, aujourd'hui, mercredi 5 juin 2019, à 14 h 30.

La séance est levée à minuit cinquante-cinq.

Jean-Luc Blouet

Direction des comptes rendus

Annexes

Ordre du jour du mercredi 5 juin 2019

Séance publique

À 14 h 30 et le soir

Présidence :

M. Vincent Delahaye, vice-président
Mme Catherine Troendlé, vice-présidente

Secrétaires :

Mme Agnès Canayer – Mme Annie Guillemot

- Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (texte de la commission, n°525, 2018-2019)

Analyse des scrutins publics

Scrutin n°130 sur l'amendement n°56 rectifié, présenté par Mme Sylviane Noël et plusieurs de ses collègues, à l'article 2 *bis* du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	340
Suffrages exprimés :	321
Pour :	35
Contre :	286

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Pour : 14 - MM. Jean Bizet, René Danesi, Laurent Duplomb, Jacques Genest, Charles Guéné, Dominique de Legge, Didier Mandelli, Mme Patricia Morhet-Richaud, MM. Louis-Jean de Nicolaÿ, Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspart

Contre : 122

Abstentions : 6 – Mmes Anne-Marie Bertrand, Vivette Lopez, MM. Jean-François Mayet, Albéric de Montgolfier, Rémy Pointereau, Mme Catherine Troendlé

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Bernard Fournier

Groupe SOCR (72)

Contre : 72

Groupe UC (51)

Pour : 3 - MM. Laurent Lafon, Michel Laugier, Mme Catherine Morin-Desailly

Contre : 47

N'a pas pris part au vote : 1 – Mme Valérie Létard, Président de séance

Groupe LaREM (23)

Contre : 23

Groupe RDSE (23)

Pour : 15

Contre : 4 - MM. Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin

Abstentions : 3 - MM. Guillaume Arnell, Stéphane Artano, Jean-Claude Requier

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Yves Roux

Groupe CRCE (16)

Contre : 16

Groupe Les Indépendants (13)

Pour : 3 - MM. Daniel Chasseing, Alain Marc, Franck Menonville

Abstentions : 10

Sénateurs non inscrits (6)

Contre : 2

N'ont pas pris part au vote : 4 – Mmes Christine Herzog, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Scrutin n°131 sur les amendements identiques n^{os} 423, présenté par M. Jean-François Longeot au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable et 438 rectifié *bis*, présenté par M. Michel Vaspert et plusieurs de ses collègues, tendant à insérer un article additionnel après l'article 4 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	341
Suffrages exprimés :	328
Pour :	299
Contre :	29

Le Sénat a adopté

Analyse par groupes politiques**Groupe Les Républicains (144)**

Pour : 142

Contre : 1 – Mme Annie Delmont-Koropoulis

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat

Groupe SOCR (72)

Pour : 72

Groupe UC (51)

Pour : 46

Abstentions : 5 – Mme Annick Billon, M. Michel Canevet, Mmes Élisabeth Doineau, Sonia de la Provôté, Michèle Vullien

Groupe LaREM (23)

Pour : 1 - M. Bernard Buis

Contre : 22

Groupe RDSE (23)

Pour : 13

Contre : 6 - MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstentions : 3 - MM. Stéphane Artano, Éric Gold, Mme Mireille Jouve

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Marc Gabouty, Président de séance

Groupe CRCE (16)

Pour : 16

Groupe Les Indépendants (13)

Pour : 8

Abstentions : 5 - MM. Jérôme Bignon, Emmanuel Capus, Joël Guerriau, Claude Malhuret, Dany Wattebled

Sénateurs non inscrits (6)

Pour : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 – Mmes Christine Herzog, Claudine Kauffmann, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Scrutin n°132 sur les amendements identiques n^{os} 179 rectifié, présenté par M. Joël Bigot et plusieurs de ses collègues, 365 rectifié *bis*, présenté par M. Raymond Vall et plusieurs de ses collègues, 422, présenté par M. Jean-François Longeot au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable et 437 rectifié ter, présenté par M. Michel Vaspart et plusieurs de ses collègues, tendant à insérer un article additionnel après l'article 4 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	316
Suffrages exprimés :	257
Pour :	100
Contre :	157

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques**Groupe Les Républicains (144)**

Pour : 14 - MM. Jean Bizet, René Danesi, Laurent Duplomb, Jacques Genest, Charles Guéné, Dominique de Legge, Didier Mandelli, Mme Patricia Morhet-Richaud, MM. Louis-Jean de Nicolaÿ, Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspart

Contre : 121

Abstentions : 7 – Mme Anne-Marie Bertrand, M. Patrick Chaize, Mme Vivette Lopez, MM. Jean-François Mayet, Albéric de Montgolfier, Rémy Pointereau, Mme Catherine Troendlé

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Bernard Fournier

Groupe SOCR (72)

Pour : 27 - M. Maurice Antiste, Mme Viviane Artigalas, MM. Claude Bérit-Débat, Joël Bigot, Mme Nicole Bonnefoy, MM. Martial Bourquin, Michel Dagbert, Alain Duran, Mmes Corinne Féret, Martine Filleul, MM. Jean-Michel Houllegatte, Olivier Jacquin, Mme Victoire Jasmin, M. Patrice Joly, Mmes Gisèle Jourda, Monique Lubin, MM. Victorin Lurel, Philippe Madrelle, Mmes Michelle Meunier, Marie-Pierre Monier, M. Franck Montaugé, Mmes Angèle Prévaille, Laurence Rossignol, MM. Jean-Pierre Sueur, Jean-Claude Tissot, Mme Nelly Tocqueville, M. Jean-Louis Tourenne

Abstentions : 36

N'ont pas pris part au vote : 9 – Mmes Maryvonne Blondin, Catherine Conconne, MM. Jérôme Durain, Jean-Luc Fichet, Mme Nadine Grelet-Certenais, MM. Éric Kerrouche, Jean-Yves Leconte, Jean-Jacques Lozach, Mme Sylvie Robert

Groupe UC (51)

Pour : 21

Contre : 6 - MM. Jean-Marie Bockel, Michel Canevet, Vincent Delahaye, Mmes Françoise Férat, Sylvie Goy-Chavent, M. Jean-Marie Vanlerenberghe

Abstentions : 9 – Mme Annick Billon, M. Vincent Capo-Canellas, Mme Élisabeth Doineau, MM. Olivier Henno, Loïc Hervé, Hervé Marseille, Mmes Catherine Morin-Desailly, Sonia de la Provôté, Michèle Vullien

N'ont pas pris part au vote : 15 - MM. Philippe Bonnacarrère, Olivier Cadic, Olivier Cigolotti, Jean-Marie Janssens, Mme Sophie Joissains, MM. Laurent Lafon, Michel Laugier, Nuihau Laurey, Jacques Le Nay, Mmes Valérie Létard, Anne-Catherine Loisier, MM. Pierre Louault, Jean-Marie Mizzon, Mmes Lana Tetuanui, Dominique Vérien

Groupe LaREM (23)

Contre : 23

Groupe RDSE (23)

Pour : 13

Contre : 6 - MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstentions : 3 - MM. Stéphane Artano, Éric Gold, Mme Mireille Jouve

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Marc Gabouty, Président de séance

Groupe CRCE (16)

Pour : 16

Groupe Les Indépendants (13)

Pour : 9

Abstentions : 4 - MM. Jérôme Bignon, Emmanuel Capus, Joël Guerriau, Claude Malhuret

Sénateurs non inscrits (6)

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 – Mmes Christine Herzog, Claudine Kauffmann, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Scrutin n°133 sur l'amendement n°232 rectifié *quater*, présenté par M. Martial Bourquin et plusieurs de ses collègues, tendant à insérer un article additionnel après l'article 4 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	340
Suffrages exprimés :	291
Pour :	82
Contre :	209

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Pour : 14 - MM. Jean Bizet, René Danesi, Laurent Duplomb, Jacques Genest, Charles Guené, Dominique de Legge, Didier Mandelli, Mme Patricia Morhet-Richaud, MM. Louis-Jean de Nicolaÿ, Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspart

Contre : 121

Abstentions : 7 – Mme Anne-Marie Bertrand, M. Patrick Chaize, Mme Vivette Lopez, MM. Jean-François Mayet, Albéric de Montgolfier, Rémy Pointereau, Mme Catherine Troendlé

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Bernard Fournier

Groupe SOCR (72)

Pour : 34 - M. Maurice Antiste, Mme Viviane Artigalas, MM. Claude Bérit-Débat, Joël Bigot, Mme Nicole Bonnefoy, M. Martial Bourquin, Mme Catherine Conconne, MM. Roland Courteau, Michel Dagbert, Alain Duran, Mme Corinne Féret, M. Jean-Luc Fichet, Mmes Martine Filleul, Nadine Grelet-Certenais, Annie Guillemot, MM. Jean-Michel Houllégatte, Olivier Jacquin, Mme Victoire Jasmin, M. Patrice Joly, Mme Gisèle Jourda, M. Jean-Jacques Lozach, Mme Monique Lubin, MM. Victorin Lurel, Philippe Madrelle, Christian Manable, Mmes Michelle Meunier, Marie-Pierre Monier, M. Franck Montaugé, Mmes Angèle Prévile, Laurence Rossignol, MM. Jean-Pierre Sueur, Jean-Claude Tissot, Mme Nelly Tocqueville, M. Jean-Louis Tourenne

Abstentions : 38

Groupe UC (51)

Pour : 6 - MM. Jean-François Longeot, Jean-Claude Luche, Hervé Maurey, Pierre Médevielle, Mme Évelyne Perrot, M. Jean-Paul Prince

Contre : 45

Groupe LaREM (23)

Contre : 23

Groupe RDSE (23)

Pour : 13

Contre : 6 - MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstentions : 3 - MM. Stéphane Artano, Éric Gold, Mme Mireille Jouve

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Marc Gabouty, Président de séance

Groupe CRCE (16)

Pour : 15

Abstention : 1 - Mme Laurence Cohen

Groupe Les Indépendants (13)

Contre : 13

Sénateurs non inscrits (6)

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 – Mmes Christine Herzog, Claudine Kauffmann, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Scrutin n°134 sur les amendements identiques n^{os}178 rectifié *ter*, présenté par M. Joël Bigot et plusieurs de ses collègues et 421 rectifié présenté par M. Jean-François Longeot au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable tendant à insérer un article additionnel après l'article 4 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	339
Suffrages exprimés :	286
Pour :	102
Contre :	184

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques**Groupe Les Républicains (144)**

Pour : 14 - MM. Jean Bizet, René Danesi, Laurent Duplomb, Jacques Genest, Charles Guéné, Dominique de Legge, Didier Mandelli, Mme Patricia Morhet-Richaud, MM. Louis-Jean de Nicolaÿ, Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspart

Contre : 120

Abstentions : 7 – Mme Anne-Marie Bertrand, M. Patrick Chaize, Mme Vivette Lopez, MM. Jean-François Mayet, Albéric de Montgolfier, Rémy Pointereau, Mme Catherine Troendlé

N'ont pas pris part au vote : 3 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, Mme Annie Delmont-Koropoulis, M. Bernard Fournier

Groupe SOCR (72)

Pour : 33 – Mme Viviane Artigalas, MM. Claude Bérit-Débat, Joël Bigot, Mme Nicole Bonnefoy, M. Martial Bourquin, Mme Catherine Conconne, MM. Roland Courteau, Michel Dagbert, Alain Duran, Mme Corinne Féret, M. Jean-Luc Fichet, Mmes Martine Filleul, Nadine Grelet-Certenais, Annie Guillemot, MM. Jean-Michel Houllegatte, Olivier Jacquin, Mme Victoire Jasmin, M. Patrice Joly, Mme Gisèle Jourda, M. Jean-Jacques Lozach, Mme Monique Lubin, MM. Victorin Lurel, Philippe Madrelle, Christian Manable, Mmes Michelle Meunier, Marie-Pierre Monier, M. Franck Montaugé, Mmes Angèle Prévaille, Laurence Rossignol, MM. Jean-Pierre Sueur, Jean-Claude Tissot, Mme Nelly Tocqueville, M. Jean-Louis Tourenne

Abstentions : 39

Groupe UC (51)

Pour : 17 - M. Bernard Delcros, Mmes Catherine Fournier, Françoise Gatel, Jocelyne Guidez, M. Loïc Hervé, Mme Anne-Catherine Loisier, MM. Jean-François Longeot, Jean-Claude Luche, Hervé Maurey, Pierre Médevielle, Jean-Marie Mizzon, Jean-Pierre Moga, Mme Évelyne Perrot, M. Jean-Paul Prince, Mmes Nadia Sollogoub, Dominique Vérien, Michèle Vullien

Contre : 34

Groupe LaREM(23)

Contre : 23

Groupe RDSE (23)

Pour : 13

Contre : 6 - MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstentions : 3 - MM. Stéphane Artano, Éric Gold, Mme Mireille Jouve

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Marc Gabouty, Président de séance

Groupe CRCE (16)

Pour : 16

Groupe Les Indépendants (13)

Pour : 9

Abstentions : 4 - MM. Jérôme Bignon, Emmanuel Capus, Joël Guerriau, Claude Malhuret

Sénateurs non inscrits (6)

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 – Mmes Christine Herzog, Claudine Kauffmann, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Scrutin n°135 sur l'amendement n°233 rectifié *quater*, présenté par M. Martial Bourquin et plusieurs de ses collègues, tendant à insérer un article additionnel après l'article 4 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	340
Suffrages exprimés :	292
Pour :	84
Contre :	208

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques**Groupe Les Républicains (144)**

Pour : 15 - MM. Jean Bizet, René Danesi, Mme Annie Delmont-Koropoulis, MM. Laurent Duplomb, Jacques Genest, Charles Guéné, Dominique de Legge, Didier Mandelli, Mme Patricia Morhet-Richaud, MM. Louis-Jean de Nicolaÿ, Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspart

Contre : 120

Abstentions : 7 – Mme Anne-Marie Bertrand, M. Patrick Chaize, Mme Vivette Lopez, MM. Jean-François Mayet, Albéric de Montgolfier, Rémy Pointereau, Mme Catherine Troendlé

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Bernard Fournier

Groupe SOCR (72)

Pour : 34 - M. Maurice Antiste, Mme Viviane Artigalas, MM. Claude Bérit-Débat, Joël Bigot, Mme Nicole Bonnefoy, M. Martial Bourquin, Mme Catherine Conconne, MM. Roland Courteau, Michel Dagbert, Alain Duran, Mme Corinne Féret, M. Jean-Luc Fichet, Mmes Martine Filleul, Nadine Grelet-Certenais, Annie Guillemot, MM. Jean-Michel Houllégatte, Olivier Jacquin, Mme Victoire Jasmin, M. Patrice Joly, Mme Gisèle Jourda, M. Jean-Jacques Lozach, Mme Monique Lubin, MM. Victorin Lurel, Philippe Madrelle, Christian Manable, Mmes Michelle Meunier, Marie-Pierre Monier, M. Franck Montaugé, Mmes Angèle Prévaille, Laurence Rossignol, MM. Jean-Pierre Sueur, Jean-Claude Tissot, Mme Nelly Tocqueville, M. Jean-Louis Tourenne

Abstentions : 38

Groupe UC (51)

Pour : 6 - MM. Jean-François Longeot, Jean-Claude Luche, Hervé Maurey, Pierre Médevielle, Jean-Pierre Moga, Mme Évelyne Perrot

Contre : 45

Groupe LaREM (23)

Contre : 23

Groupe RDSE (23)

Pour : 13

Contre : 6 - MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstentions : 3 - MM. Stéphane Artano, Éric Gold, Mme Mireille Jouve

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Marc Gabouty, Président de séance

Groupe CRCE (16)

Pour : 16

Groupe Les Indépendants (13)

Contre : 13

Sénateurs non inscrits (6)

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 – Mmes Christine Herzog, Claudine Kauffmann, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Scrutin n°136 sur l'amendement n°116 rectifié ter, présenté par M. Loïc Hervé et plusieurs de ses collègues, tendant à insérer un article additionnel après l'article 4 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	340
Suffrages exprimés :	286
Pour :	61
Contre :	225

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques**Groupe Les Républicains (144)**

Contre : 143

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat

Groupe SOCR (72)

Pour : 34 - M. Maurice Antiste, Mme Viviane Artigalas, MM. Claude Bérit-Débat, Joël Bigot, Mme Nicole Bonnefoy, M. Martial Bourquin, Mme Catherine Conconne, MM. Roland Courteau, Michel Dagbert, Alain Duran, Mme Corinne Féret, M. Jean-Luc Fichet, Mmes Martine Filleul, Nadine Grelet-Certenais, Annie Guillemot, MM. Jean-Michel Houlegatte, Olivier Jacquin, Mme Victoire Jasmin, M. Patrice Joly, Mme Gisèle Jourda, M. Jean-Jacques Lozach, Mme Monique Lubin, MM. Victorin Lurel, Philippe Madrelle, Christian Manable, Mmes Michelle Meunier, Marie-Pierre Monier, M. Franck Montaugé, Mmes Angèle Préville, Laurence Rossignol, MM. Jean-Pierre Sueur, Jean-Claude Tissot, Mme Nelly Tocqueville, M. Jean-Louis Tourenne

Abstentions : 38

Groupe UC (51)

Pour : 13 - M. Yves Détraigne, Mmes Catherine Fournier, Jocelyne Guidez, MM. Loïc Hervé, Jean-Marie Janssens, Mme Valérie Létard, MM. Jean-François Longeot, Jean-Claude Luche, Hervé Maurey, Jean-Pierre Moga, Mmes Évelyne Perrot, Nadia Sollogoub, Lana Tetuanui

Contre : 37

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Pierre Médevielle

Groupe LaREM (23)

Pour : 1 - M. Bernard Buis

Contre : 22

Groupe RDSE (23)

Pour : 13

Contre : 6 - MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstentions : 3 - MM. Stéphane Artano, Éric Gold, Mme Mireille Jouve

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Marc Gabouty, Président de séance

Groupe CRCE (16)

Contre : 16

Groupe Les Indépendants (13)

Abstentions : 13

Sénateurs non inscrits (6)

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 – Mmes Christine Herzog, Claudine Kauffmann, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier