

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mardi 4 juin 2019

(98^e jour de séance de la session)



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME HÉLÈNE CONWAY-MOURET

Secrétaires :

MM. Éric Bocquet, Guy-Dominique Kennel.

1. **Procès-verbal** (p. 7769)

2. **Questions orales** (p. 7769)

CRÉATION D'UNE UNITÉ MÉDICO-JUDICIAIRE DANS LE RESSORT DU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE BAYONNE (p. 7769)

Question n° 633 de M. Max Brisson. – Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice ; M. Max Brisson.

PROJET DE CODE EUROPÉEN DE DROIT DES AFFAIRES (p. 7770)

Question n° 763 de M. Richard Yung. – Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice ; M. Richard Yung.

SITUATION DES MAISONS D'ARRÊT DE BÉTHUNE ET VENDIN-LE-VIEIL (p. 7771)

Question n° 778 de M. Michel Dagbert. – Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice.

PÉRENNISATION DES PLACES D'HÉBERGEMENT DE LA SEINE-SAINT-DENIS (p. 7772)

Question n° 801 de Mme Éliane Assassi. – Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice ; Mme Éliane Assassi.

SÉCURISATION DES PRATIQUES DANS LES SALLES DE SPORT (p. 7773)

Question n° 755 de M. Michel Savin. – Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports ; M. Michel Savin.

REGROUPEMENT DES FÉDÉRATIONS FRANÇAISES DE CYCLISME ET DE CYCLOTOURISME (p. 7774)

Question n° 782 de M. Jean-Jacques Lozach. – Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports.

LUTTE CONTRE LES PESTICIDES (p. 7775)

Question n° 773 de M. Philippe Madrelle. – Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports ; M. Philippe Madrelle.

DÉVELOPPEMENT DE L'AGRICULTURE BIOLOGIQUE À MAYOTTE (p. 7776)

Question n° 721 de M. Thani Mohamed Soilihi. – Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports ; M. Thani Mohamed Soilihi.

CONDUITE DES SENIORS (p. 7776)

Question n° 659 de M. Claude Nougein. – M. Laurent Nunez, secrétaire d'État auprès du ministre de l'intérieur ; M. Claude Nougein.

OBLIGATION DE QUITTER LE TERRITOIRE FRANÇAIS (p. 7777)

Question n° 761 de M. Bernard Bonne. – M. Laurent Nunez, secrétaire d'État auprès du ministre de l'intérieur ; M. Bernard Bonne.

FIXATION DE LA PRESTATION DE COMPENSATION LIÉE À LA PERTE D'AUTONOMIE (p. 7778)

Question n° 657 de Mme Catherine Deroche. – Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé ; Mme Catherine Deroche.

OFFRE DE SOINS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA MAYENNE (p. 7779)

Question n° 731 de M. Guillaume Chevrollier. – Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé ; M. Guillaume Chevrollier.

AVENIR DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE ET DE L'HOMÉOPATHIE (p. 7780)

Question n° 760 de M. Jean-Louis Tourenne. – Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé.

CENTRE PÉRINATAL DE PROXIMITÉ DE L'ARBRESLE (p. 7781)

Question n° 802 de M. Gilbert-Luc Devinaz. – Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé ; M. Gilbert-Luc Devinaz.

DEVENIR DES COMPTABLES PUBLICS (p. 7782)

Question n° 781 de Mme Cathy Apourceau-Poly. – Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé.

AVENIR DES TRÉSORERIES (p. 7783)

Question n° 799 de M. Daniel Chasseing. – Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé.

DÉMATÉRIALISATION DES MARCHÉS PUBLICS (p. 7784)

Question n° 752 de M. Jean-Marc Boyer. – Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé.

CALCUL DE LA DOTATION DE SOLIDARITÉ RURALE (p. 7785)

Question n° 746 de M. Laurent Duplomb. – Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé.

SITUATION BUDGÉTAIRE CRITIQUE DES MISSIONS LOCALES EN ÎLE-DE-FRANCE (p. 7786)

Question n° 798 de Mme Sophie Taillé-Polian. – Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire; Mme Sophie Taillé-Polian.

STRUCTURES D'ACCUEIL DE JEUNES (p. 7786)

Question n° 800 de Mme Monique Lubin. – Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

RENOUVELLEMENT DES CONCESSIONS HYDROÉLECTRIQUES ET CONSÉQUENCES TERRITORIALES (p. 7787)

Question n° 757 de M. Jean-Yves Roux. – Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire; M. Jean-Yves Roux.

NAVIGATION FLUVIALE DANS LE DÉPARTEMENT DES ARDENNES (p. 7788)

Question n° 780 de M. Marc Laménie. – Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

PROJETS DE FERMETURES DE GARES ET GUICHETS DE LA SNCF DANS LE CALVADOS (p. 7789)

Question n° 788 de Mme Corinne Féret. – Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire; Mme Corinne Féret.

RELATIONS COMMERCIALES AU SEIN DES RÉSEAUX DE DISTRIBUTION DANS LE SECTEUR DU BRICOLAGE (p. 7790)

Question n° 804 de M. Michel Canevet. – M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse; M. Michel Canevet.

PROTECTION DES ABEILLES CONTRE LES FRELONS ASIATIQUES (p. 7790)

Question n° 745 de Mme Patricia Morhet-Richaud. – M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse; Mme Patricia Morhet-Richaud.

PRIVATISATION D'AÉROPORTS DE PARIS ET GARANTIES (p. 7791)

Question n° 733 de M. Laurent Lafon. – M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse.

DIFFICULTÉS CRÉÉES PAR LA RÉFORME DU RÉGIME DE LA TAXE DE SÉJOUR (p. 7792)

Question n° 774 de M. Mathieu Darnaud. – M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse; M. Mathieu Darnaud.

MISSION DE CONTRÔLE DE L'OBLIGATION SCOLAIRE (p. 7793)

Question n° 750 de Mme Catherine Fournier. – M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse; Mme Catherine Fournier.

IMPACT DE LA RÉFORME DU BACCALaurÉAT DANS L'APPRENTISSAGE DES LANGUES RÉGIONALES (p. 7794)

Question n° 764 de Mme Dominique Estrosi Sassone. – M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse; Mme Dominique Estrosi Sassone.

TRANSFERT DES BIENS DES COMMUNES DANS LE CADRE DE LA CRÉATION D'UNE COMMUNE NOUVELLE (p. 7795)

Question n° 713 de Mme Catherine Fournier, en remplacement de Mme Sylvie Vermeillet. – M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement; Mme Catherine Fournier.

DIFFICULTÉS DU SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA SEINE-MARITIME (p. 7796)

Question n° 727 de Mme Agnès Canayer. – M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement; Mme Agnès Canayer.

INTERDICTION D'EXERCER UNE FONCTION ÉLECTIVE PENDANT UN ARRÊT MALADIE (p. 7797)

Question n° 806 de M. Éric Gold. – M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement; M. Éric Gold.

TAXE SUR LES DROITS DE PASSAGE DES OPÉRATEURS DE TÉLÉCOMMUNICATIONS POUR LE DOMAINE PUBLIC ROUTIER (p. 7798)

Question n° 734 de Mme Catherine Morin-Desailly. – M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement.

AVENIR DES ZONAGES (p. 7799)

Question n° 751 de Mme Anne-Catherine Loisier. – M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement; Mme Anne-Catherine Loisier.

AVENIR DES GRANDS SYNDICATS D'EAU ET D'ASSAINISSEMENT (p. 7799)

Question n° 768 de M. Daniel Laurent. – M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement.

DIFFICULTÉS DE L'OFFICE PUBLIC DE L'HABITAT DE LA MÉTROPOLE DE BORDEAUX (p. 7800)

Question n° 756 de Mme Florence Lassarade. – M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement; Mme Florence Lassarade.

Suspension et reprise de la séance (p. 7801)

PRÉSIDENTE DE M. DAVID ASSOULINE**3. Rappel au règlement** (p. 7801)

Mme Nathalie Goulet; M. le président.

4. Mises au point au sujet de votes (p. 7801)**5. Organisation et transformation du système de santé.** – Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 7801)

Article 2 (*suite*) (p. 7802)

Amendement n° 796 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 654 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Devenu sans objet.

Amendement n° 392 rectifié de Mme Sophie Taillé-Polian. – Rejet.

Amendement n° 642 rectifié *ter* de Mme Corinne Imbert. – Retrait.

Amendement n° 777 rectifié de M. Daniel Gremillet. – Retrait.

Amendement n° 295 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 177 rectifié de M. Joël Bigot. – Rejet.

Amendement n° 494 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n° 641 rectifié *bis* de Mme Corinne Imbert. – Retrait.

Amendement n° 24 rectifié de M. Vincent Segouin. – Rejet.

Amendement n° 105 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade. – Retrait.

Amendement n° 30 rectifié *bis* de M. Bernard Bonne. – Retrait.

Amendement n° 294 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 672 rectifié de M. Joël Labbé. – Rejet.

Amendement n° 679 de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 680 de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 827 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 291 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 342 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article 2 *bis* (p. 7816)

Amendement n° 274 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 31 rectifié *bis* de M. Bernard Bonne. – Retrait.

Amendement n° 283 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 682 de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 525 rectifié de M. Patrice Joly. – Rejet.

Amendement n° 458 rectifié de M. Michel Canevet. – Rejet.

Amendement n° 547 de M. Michel Amiel. – Retrait.

Amendement n° 548 de M. Dominique Théophile. – Retrait.

Amendement n° 550 de M. Dominique Théophile. – Retrait.

PRÉSIDENTE DE MME VALÉRIE LÉTARD

Amendement n° 185 rectifié *bis* de M. Joël Bigot. – Rejet.

Amendement n° 551 de M. Michel Amiel. – Retrait.

Amendement n° 552 de M. Michel Amiel. – Retrait.

Amendement n° 56 rectifié de Mme Sylviane Noël. – Rejet par scrutin public n° 130.

Amendement n° 225 de M. Laurent Lafon, rapporteur pour avis de la commission de la culture. – Retrait.

Amendement n° 499 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n° 772 rectifié *ter* de Mme Pascale Gruny. – Retrait.

Amendement n° 55 rectifié de Mme Sylviane Noël. – Rejet.

Amendement n° 797 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 789 rectifié *bis* de M. Michel Savin. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 2 *bis* (p. 7829)

Amendement n° 390 rectifié *bis* de Mme Élisabeth Doineau. – Retrait.

Article 2 *ter* (p. 7830)

Mme Cathy Apourceau-Poly

Amendement n° 16 rectifié *ter* de Mme Élisabeth Doineau. – Adoption.

Amendement n° 350 rectifié de Mme Josiane Costes. – Retrait.

Amendement n° 553 de M. Dominique Théophile. – Retrait.

Amendement n° 554 de M. Thani Mohamed Soilihi. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 2 *ter* (p. 7833)

Amendement n° 341 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 440 de M. Victorin Lurel. – Retrait.

Amendement n° 140 rectifié *bis* de Mme Christine Bonfanti-Dossat. – Retrait.

Article 3 (p. 7834)

M. Yves Daudigny

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Amendement n° 275 de Mme Laurence Cohen et sous-amendement n° 822 du Gouvernement. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Amendement n° 297 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 555 de M. Michel Amiel. – Retrait.

Amendement n° 397 rectifié de M. Stéphane Piednoir. – Retrait.

Amendement n° 522 rectifié de M. Patrice Joly. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 3 (p. 7838)

Amendement n° 616 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Article 3 *bis* A (p. 7838)

Amendement n° 460 du Gouvernement. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 3 *bis* A (p. 7838)

Amendement n° 169 rectifié *ter* de Mme Martine Filleul. – Rejet.

Amendement n° 673 rectifié de M. Joël Labbé. – Rejet.

Article 3 *bis* B – Adoption. (p. 7840)

Article 3 *bis* (p. 7840)

Amendement n° 674 rectifié de M. Joël Labbé. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 4 (p. 7841)

Mme Laurence Cohen

Mme Michelle Gréaume

M. Bernard Jomier

Mme Colette Mélot

M. Hervé Maurey

Amendement n° 384 de Mme Angèle Prévaille. – Retrait.

Amendement n° 385 de Mme Angèle Prévaille. – Retrait.

Amendement n° 76 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendements identiques n° 420 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, 683 de M. Joël Bigot, 32 rectifié *bis* de M. Bernard Bonne, 298 de Mme Laurence Cohen et 540 rectifié *quater* de M. Daniel Chasseing. – Adoption des cinq amendements.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 4 (p. 7850)

Amendement n° 147 rectifié *ter* de M. Michel Raison.

Amendements identiques n° 179 rectifié de M. Joël Bigot, 365 rectifié *bis* de M. Raymond Vall, 422 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, et 437 rectifié *ter* de M. Michel Vaspart.

Amendement n° 366 rectifié *bis* de M. Raymond Vall.

Amendement n° 232 rectifié *quater* de M. Martial Bourquin.

Amendement n° 228 rectifié *bis* de M. Michel Vaspart.

Amendements identiques n° 178 rectifié *bis* de M. Joël Bigot et 421 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Amendements identiques n° 423 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, et 438 rectifié *bis* de M. Michel Vaspart.

Amendement n° 233 rectifié *quater* de M. Martial Bourquin.

Amendement n° 116 rectifié *ter* de M. Loïc Hervé.

6. Communication relative à une commission mixte paritaire (p. 7856)

Suspension et reprise de la séance (p. 7856)

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-MARC GABOUTY

7. **Organisation et transformation du système de santé.** – Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 7856)

Articles additionnels après l'article 4 (*suite*) (p. 7856)

Amendements identiques n° 423 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, et 438 rectifié *bis* de M. Michel Vaspert (*suite*). – Après une demande de priorité de la commission, adoption, par scrutin public n° 131, des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 147 rectifié *ter* de M. Michel Raison (*suite*). – Devenu sans objet.

Amendements identiques n° 179 rectifié de M. Joël Bigot, 365 rectifié *bis* de M. Raymond Vall, 422 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, et 437 rectifié *ter* de M. Michel Vaspert (*suite*). – Rejet par scrutin public n° 132.

Amendement n° 366 rectifié *bis* de M. Raymond Vall (*suite*). – Devenu sans objet.

Amendement n° 232 rectifié *quater* de M. Martial Bourquin (*suite*). – Rejet par scrutin public n° 133.

Amendement n° 228 rectifié *bis* de M. Michel Vaspert (*suite*). – Devenu sans objet.

Amendements identiques n° 178 rectifié *bis* de M. Joël Bigot et 421 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable (*suite*). – Rectification des deux amendements.

Amendements identiques n° 178 rectifié *ter* de M. Joël Bigot et 421 rectifié de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable (*suite*). – Rejet, par scrutin public n° 134, des deux amendements.

Amendement n° 233 rectifié *quater* de M. Martial Bourquin (*suite*). – Rejet par scrutin public n° 135.

Amendement n° 116 rectifié *ter* de M. Loïc Hervé (*suite*). – Rejet par scrutin public n° 136.

Amendement n° 146 rectifié *bis* de M. Michel Raison. – Retrait.

Amendement n° 351 rectifié de Mme Maryse Carrère. – Retrait.

Article 4 *bis* (*nouveau*) (p. 7874)

Amendements identiques n° 301 de Mme Laurence Cohen et 461 du Gouvernement. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 828 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 676 rectifié de M. Jacques Genest. – Retrait.

Amendements identiques n° 424 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, et 439 rectifié *bis* de M. Michel Vaspert; sous-amendement n° 830 de M. Daniel Chasseing. – Rejet du sous-amendement; adoption des deux amendements.

M. Yves Daudigny

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 4 *bis* (p. 7876)

Amendement n° 25 rectifié *bis* de M. Vincent Segouin. – Retrait.

Amendement n° 409 rectifié de Mme Victoire Jasmin. – Retrait.

Amendement n° 453 rectifié de Mme Victoire Jasmin. – Retrait.

Amendement n° 3 rectifié *quater* de Mme Corinne Imbert. – Retrait.

Amendement n° 148 rectifié *ter* de M. Michel Raison. – Retrait.

Amendement n° 149 rectifié *quater* de M. Michel Raison. – Retrait.

Article 4 *ter* (*nouveau*) (p. 7879)

Amendement n° 462 du Gouvernement. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Amendement n° 580 de M. Michel Amiel. – Devenu sans objet.

Amendement n° 831 de la commission. – Devenu sans objet.

Renvoi de la suite de la discussion.

8. **Ordre du jour** (p. 7882)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME HÉLÈNE CONWAY-MOURET

vice-présidente

Secrétaires :

M. Éric Bocquet,
M. Guy-Dominique Kennel.

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

PROCÈS-VERBAL

Mme la présidente. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

QUESTIONS ORALES

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle les réponses à des questions orales.

CRÉATION D'UNE UNITÉ MÉDICO-JUDICIAIRE
DANS LE RESSORT DU TRIBUNAL DE GRANDE
INSTANCE DE BAYONNE

Mme la présidente. La parole est à M. Max Brisson, auteur de la question n° 633, adressée à Mme la garde des sceaux, ministre de la justice.

M. Max Brisson. Madame la ministre, la carte de la médecine légale ignore Bayonne et son tribunal de grande instance. En effet, l'institut médico-judiciaire le plus proche se situe à Bordeaux, soit à près de deux cents kilomètres. Or l'activité dans le ressort du TGI de Bayonne est telle que les différents acteurs ont dû s'organiser afin de pallier cette absence de médecine légale financée et officielle, à laquelle pourraient pourtant prétendre Bayonne et sa juridiction : ils ont créé en 2014 une unité médico-judiciaire de fait et non financée, reposant sur la bonne volonté du centre hospitalier de Bayonne et de plusieurs médecins libéraux.

Pour autant, un projet de création d'une unité de victimologie adossée à la création d'une véritable unité médico-judiciaire fait l'objet d'échanges depuis plusieurs années entre la juridiction et les services de la Chancellerie.

Vous le savez, son aboutissement permettrait de construire un pôle officiel avec des moyens propres, de proposer une prise en charge de qualité des victimes d'infractions pénales,

de faciliter le lien entre la victime et les services d'enquête, enfin, de 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, pourtant à l'arrêt malgré les multiples courriers de relance adressés aux services compétents, est resté sans avancée majeure à ce jour.

Madame la ministre, vous qui évoquez régulièrement la « justice du XXI^e siècle », pensez-vous que, dans ce cadre ambitieux, il soit encore envisageable d'envoyer jusqu'à plus de deux cents kilomètres, à Bordeaux, des victimes et des cadavres afin qu'ils soient expertisés?

Pouvez-vous nous donner un calendrier de travail fiable sur le projet de création d'une unité médico-judiciaire dans le ressort du tribunal de grande instance de Bayonne?

Mme la présidente. La parole est à Mme la garde des sceaux.

Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice. Monsieur le sénateur Brisson, le schéma directeur de la médecine légale actuel a été instauré par des circulaires interministérielles de 2010 et de 2012.

Ce schéma directeur s'appuie sur un principe de rattachement d'une juridiction à une structure hospitalière dédiée à la médecine légale : soit un institut médico-légal, un IML, soit une unité médico-judiciaire, une UMJ. Ces structures permettent de réaliser un certain nombre d'actes de médecine légale précisément identifiés – autopsie, examen de compatibilité de garde à vue, examen de victime, etc.

Les structures hospitalières dédiées, qui ont été retenues dans le schéma directeur, sont financées sur la base d'un forfait annuel payé par le ministère de la justice.

Les juridictions non rattachées à une telle structure peuvent continuer à recourir aux praticiens du réseau de proximité – urgences hospitalières, médecins libéraux, associations de médecins. L'ensemble des actes médico-légaux pratiqués dans le cadre du réseau de proximité font l'objet d'un paiement à l'acte sur frais de justice de la juridiction.

Le schéma directeur de la médecine légale a été établi afin de structurer à l'échelle nationale une médecine légale harmonisée et de qualité et d'assurer un financement pérenne de cette activité.

Il a été conçu à partir de l'état des pratiques et de l'évaluation des besoins judiciaires, et en fonction des seuils d'équilibre financier ainsi que des seuils d'activité par structure permettant de garantir la compétence des médecins.

Aux termes de l'actuel schéma directeur, le tribunal de grande instance de Bayonne relève, pour la thanatologie, de l'IML du centre hospitalier universitaire de Bordeaux et, pour la médecine légale du vivant – examens de victimes et de gardés à vue –, du réseau de proximité.

C'est pour répondre à ce dernier besoin que le centre hospitalier de la Côte Basque et plusieurs médecins libéraux ont organisé un service baptisé Institut médico-judiciaire, dans le cadre du réseau de proximité, qui se consacre quasi exclusivement à l'examen des victimes d'infractions pénales.

Conformément aux circulaires précitées, ce service est bien financé à l'acte sur les frais de justice du TGI de Bayonne. Entre 2016 et 2018, ce sont 159 989 euros qui ont été versés au centre hospitalier, soit une moyenne d'un peu plus de 50 000 euros par an.

À ce jour, le ministère de la justice n'a pas été destinataire d'une demande d'intégration au schéma directeur du centre hospitalier de Bayonne.

Si la possibilité d'une telle intégration ne peut, en l'état, être exclue, il reste que toute modification du schéma directeur doit s'inscrire dans le cadre d'une concertation interministérielle. Dans l'hypothèse où une telle concertation serait menée, les acteurs locaux ne manqueraient évidemment pas d'être consultés.

Mme la présidente. La parole est à M. Max Brisson, pour la réplique.

M. Max Brisson. Je vous remercie, madame la ministre, de ces éléments de réponse. Mon intention était d'appeler votre attention sur la fragilité de ce service de proximité, qui repose sur la bonne volonté des praticiens, laquelle est en train de s'amenuiser compte tenu de la situation de la médecine libérale dans notre pays, qui est celle que l'on sait.

Par ailleurs, je suis un peu surpris de la réponse que vous m'apportez, parce que les principaux responsables de la juridiction de Bayonne m'ont bien dit que des demandes avaient été formulées auprès de la Chancellerie.

Toujours est-il que je leur transmettrai votre réponse.

PROJET DE CODE EUROPÉEN DE DROIT DES AFFAIRES

Mme la présidente. La parole est à M. Richard Yung, auteur de la question n° 763, adressée à Mme la garde des sceaux, ministre de la justice.

M. Richard Yung. Ma question porte sur le projet de code européen de droit des affaires.

Cette initiative émane de la société civile européenne, sous l'impulsion de la Fondation pour le droit continental et de l'Association Henri Capitant, bien connue, dans le but de rendre plus accessible, compréhensible et fluide le droit des affaires pour les citoyens et pour les entreprises.

Cette matière essentielle aux échanges, à la mise en œuvre du marché intérieur et au rayonnement de l'Union européenne est complexe, car propre à chaque État membre. Cela veut dire qu'il faut rapprocher les différents droits des affaires de chacun des vingt-huit ou vingt-sept États membres. Il existe bien sûr des disparités entre ces pays, et ces disparités ralentissent les échanges économiques, ce qui conduit à un affaiblissement de la position européenne dans le concert de la mondialisation par rapport à des pays soumis à un droit unique.

À titre d'exemple, je parlerai des difficultés de l'investisseur étranger, qui, souhaitant investir en Europe, se trouve confronté à un choix entre différents systèmes juridiques.

Je ne parle pas du droit bancaire, du droit des hypothèques ou du droit de l'héritage, qui sont tous extrêmement complexes.

Je rappelle que l'Afrique, elle, a monté un système, à savoir l'Organisation pour l'harmonisation en Afrique du droit des affaires, l'Ohada, dont le siège est à Yaoundé et qui regroupe l'ensemble des pays de la zone franc, pour dire simplement les choses.

L'initiative du code européen des affaires répond au souci de revitaliser l'Europe autour d'une volonté politique forte, que ce soit pour répondre à des considérations économiques ou pour faciliter les investissements des PME et des investisseurs étrangers.

En effet, disposer d'une base commune légale permettrait de dynamiser et de rendre plus équitables les relations économiques.

Je crois que tout le monde sera convaincu du caractère positif de cette harmonisation. D'autant qu'avec le départ du Royaume-Uni l'Union européenne sera composée essentiellement de pays de droit continental – je n'ose pas dire de droit napoléonien, mais c'est un peu l'idée...

Madame la ministre, comment se positionne le Gouvernement sur cette question ? Quelles sont les perspectives en la matière et quelles initiatives envisagez-vous éventuellement de prendre ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la garde des sceaux.

Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice. Monsieur le sénateur Yung, le projet de code européen de droit des affaires est effectivement une initiative de la société civile. Son premier objectif est de consolider l'acquis européen sous une forme lisible, en particulier pour les petites et moyennes entreprises. Il ambitionne également de donner une impulsion nouvelle à la construction de l'Europe par le droit.

Cette initiative a été positivement accueillie, tant en France qu'en Allemagne. Elle s'accorde pleinement avec l'annonce faite par le Président de la République dans son initiative de la Sorbonne du 26 septembre 2017 de donner « une impulsion franco-allemande » à l'Union européenne, en se fixant « d'ici à 2024 l'objectif d'intégrer totalement nos marchés en appliquant les mêmes règles à nos entreprises, du droit des affaires au droit des faillites ».

Le traité d'Aix-la-Chapelle, signé le 22 janvier 2019, confirme cette approche puisqu'il y est prévu d'« instituer une zone économique franco-allemande dotée de règles communes » et de favoriser « l'harmonisation bilatérale des législations, notamment dans le domaine du droit des affaires ».

Le projet de code européen de droit des affaires s'inscrit donc dans cet objectif d'harmonisation du droit des affaires, entre la France et l'Allemagne, ainsi qu'avec l'ensemble de nos partenaires européens.

Le ministère de la justice suit de près, depuis leur origine, les travaux initiés par l'Association Henri Capitant et la Fondation pour le droit continental.

Avant même sa réalisation, ce projet de code est un lieu d'échanges, de recueil de propositions et d'idées pour la construction européenne, en y faisant participer la société civile et les acteurs concernés, qu'il s'agisse des citoyens ou des entreprises.

La réalisation d'un tel code révèle un niveau élevé d'ambition, tant le champ d'application de cette entreprise est vaste. Le droit des affaires recouvre en effet de nombreuses matières, parmi lesquelles le droit commercial, le droit des sociétés, le droit des entreprises en difficulté ou encore le droit de la propriété intellectuelle.

Conscient des nombreuses opportunités offertes par ce projet, le Gouvernement s'y est montré particulièrement attentif. Le Premier ministre a ainsi demandé que soit entamée une réflexion sur l'élaboration d'un tel code et a confié une mission à Mme la députée Valérie Gomez-Bassac en ce sens.

Cette mission a pour objectif de cerner les contours de ce projet, sa nature, le périmètre des travaux et ses modalités de mise en œuvre, en identifiant les domaines du droit des affaires pour lesquels une codification, voire une harmonisation, serait souhaitable.

Ces réflexions en faveur d'un droit européen plus lisible et ouvert à l'ensemble des entreprises, quelle que soit leur taille, sont nécessaires. Nous souhaitons en effet que le droit européen des affaires soit encore plus proche des petites et moyennes entreprises. Le projet de code européen de droit des affaires doit y contribuer, pour une Europe du droit au soutien de la croissance et des emplois de demain.

Mme la présidente. La parole est à M. Richard Yung, pour la réplique.

M. Richard Yung. Je me réjouis de l'avancée franco-allemande, à laquelle, d'ailleurs, devraient être associés d'autres pays. Parmi les droits que vous avez cités, madame la ministre, la propriété intellectuelle et industrielle est déjà très largement harmonisée. Il en reste beaucoup d'autres à harmoniser, complexes, comme le droit bancaire, le droit de l'héritage, etc. Nous avons un très grand travail devant nous.

SITUATION DES MAISONS D'ARRÊT DE BÉTHUNE ET VENDIN-LE-VIEIL

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Dagbert, auteur de la question n° 778, adressée à Mme la garde des sceaux, ministre de la justice.

M. Michel Dagbert. Madame la ministre, mon département, le Pas-de-Calais, compte de nombreux établissements pénitentiaires – centres de détention et maisons d'arrêt. Je souhaite attirer particulièrement votre attention sur la situation des établissements pénitentiaires de Béthune et Vendin-le-Vieil.

La maison d'arrêt de Béthune connaît en effet depuis plusieurs années une surpopulation très importante. Aujourd'hui, avec 355 détenus pour une capacité opérationnelle de seulement 180 places, elle présente ainsi une densité carcérale de près de 200 %.

La capacité de ce vieil établissement du XIX^e siècle demeure inadaptée : la compétence territoriale du tribunal de grande instance couvre le secteur de deux importants commissariats, ceux de Béthune et de Lens, ainsi qu'une partie des secteurs des brigades de gendarmerie de Lille et de 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.

Elle a également de lourdes conséquences pour les surveillants pénitentiaires, qui pâtissent d'un sous-effectif chronique, subissent le manque de moyens et sont confrontés à un climat très tendu. Je ne reviendrai pas, madame la ministre, sur la longue liste des agressions de gardiens : vous la connaissez comme moi. La dernière en date ayant eu lieu ce 15 avril.

Dans un contexte tout à fait différent, au centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil, les personnels font aussi face à une insécurité croissante. Cet établissement de haute sécurité qui accueille des détenus réputés parmi les plus difficiles et violents a connu cinq incidents majeurs depuis sa mise en service en mars 2015 : agressions, assassinat, prises d'otages.

Je sais l'attention que vous avez portée à cet établissement, vous y étant rendue à deux reprises. Il était prévu que des détenus de la maison d'arrêt de Béthune, dans le cadre d'un aménagement de peine, soient accueillis au centre de détention de Vendin-le-Vieil. Ces derniers, sous le régime d'un placement extérieur, auraient travaillé au profit de structures partenaires en vue de les préparer au mieux à la sortie.

Or le bâtiment destiné à les recevoir et dénommé quartier centre de détention, avec une capacité d'accueil de 34 détenus, est aujourd'hui inoccupé. Son utilisation serait pourtant fort utile, au regard de la surpopulation carcérale à Béthune que j'évoquais précédemment.

Pour m'être rendu dans ces deux établissements, je veux souligner la forte implication des équipes de direction, de même que le grand professionnalisme de l'ensemble des personnels.

Dans ce contexte, madame la ministre, quelles mesures entendez-vous prendre pour améliorer la situation des détenus et, surtout, celle des surveillants de ces établissements pénitentiaires ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la garde des sceaux.

Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice. Monsieur le sénateur Dagbert, vous le savez, la surpopulation carcérale n'est pas un phénomène nouveau. Les différents gouvernements ont jusqu'ici échoué à mettre en œuvre l'encellulement individuel, dont le principe est pourtant inscrit dans le code de procédure pénale depuis 1875.

Cette surpopulation recouvre une réalité extrêmement diverse. Elle est prégnante dans les maisons d'arrêt, où elle atteint en moyenne 143 %, alors qu'elle ne touche pas les centres de détention.

Ainsi, la densité carcérale dépassait les 200 % – 203 % exactement – au mois d'avril dernier à la maison d'arrêt de Béthune ; à Vendin-le-Vieil, en revanche, structure dont les caractéristiques sont très différentes et qui accueille une population pénale plus difficile, le taux d'occupation, à la même date, était de 60 %.

Dès ma nomination à la tête du ministère de la justice, je me suis attaquée à cette question de la surpopulation carcérale et à la résolution des difficultés qu'elle engendre – et que vous avez rappelées – en termes de qualité de prise en charge de la population pénale, de conditions d'exercice du

personnel pénitentiaire, de sécurité des personnes détenues comme des agents de l'administration pénitentiaire, et d'efficacité même de la peine.

À la demande du Président de la République, j'ai organisé une réponse cohérente à ce phénomène au travers du plan pénitentiaire, dont je rappelle qu'il s'oriente autour de deux axes essentiellement.

D'une part, une refonte de la politique des peines ayant pour objet de favoriser le prononcé de peines autonomes dès lors que l'incarcération ne constitue pas la réponse la plus adaptée. Les dispositions correspondantes de la loi de réforme de la justice seront totalement effectives à partir du mois de mars 2020. Nous en attendons une baisse de la population carcérale d'environ 8 000 personnes à l'année.

D'autre part, un programme immobilier ambitieux, qui nous permettra de construire 15 000 places nouvelles de prison, dont 7 000 seront livrées d'ici à 2022.

Cette augmentation capacitaire s'accompagne d'une diversification et d'une classification du parc immobilier permettant à la fois des réponses très sécuritaires lorsque la dangerosité des détenus l'exige, mais également des possibilités accrues d'accompagnement des personnes qui recouvreront la liberté dans les mois qui suivent.

La loi de réforme de la justice comporte également des dispositions qui autorisent l'affectation des détenus indépendamment de leur statut pénal de prévenu ou de condamné, au regard de leur dangerosité, facilitant ainsi une meilleure utilisation des capacités d'accueil.

Les distinctions selon la nature des établissements, qu'il s'agisse des maisons centrales, des centres de détention, des maisons d'arrêt, des structures d'accompagnement vers la sortie, avec des niveaux de sécurité plus ou moins élevés, doivent cependant, à l'évidence, être maintenues, d'une part, parce qu'elles favorisent la constitution de parcs de peines adaptées, d'autre part, parce qu'elles déterminent pour partie les possibilités d'affectation.

Un travail a été engagé pour mieux articuler cette classification des établissements et les régimes de détention qui y sont associés. Seule cette action, qui est à la fois structurelle et systémique, permettra d'obtenir des résultats en la matière et de répondre à la question que vous avez posée sur les maisons d'arrêt de Béthune et de Vendin-le-Vieil.

PÉRENNISATION DES PLACES D'HÉBERGEMENT DE LA SEINE-SAINT-DENIS

Mme la présidente. La parole est à Mme Éliane Assassi, auteure de la question n° 801, adressée à M. le ministre auprès de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, chargé de la ville et du logement.

Mme Éliane Assassi. Madame la ministre, en avril dernier, je suis allée visiter les locaux d'Interlogement 93, dont dépend le service intégré de l'accueil et de l'orientation – ou SIAO – de la Seine-Saint-Denis. J'ai été témoin de la détresse à la fois des personnes qui attendent des heures au téléphone pour s'entendre dire qu'il n'y aura pas de place de mise à l'abri – y compris pour des femmes enceintes –, mais aussi de celles et de ceux qu'on appelle les répondants, et qui opposent donc des refus tout au long de 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, malgré des renforts hivernaux.

Depuis le début du gel des places hivernales, le 115 enregistre quotidiennement 400 demandes non pourvues, dont 50 % émanent d'enfants.

M. le ministre Denormandie avait annoncé un programme de pérennisation de places hivernales en mars dernier. Nous avons appris le 10 mai que seules 157 places seront mises à disposition du SIAO 93. Or, d'après les estimations, il en faudrait plus de mille ! Nous sommes particulièrement surpris, pour ne pas dire révoltés, du sort réservé à notre département et, surtout, aux sans-abri.

Le ratio de pérennisation s'établit à vingt points de moins que le ratio national et francilien ; l'égalité républicaine est ici écornée. Clairement, le Gouvernement refuse de prendre ses responsabilités en matière d'hébergement et, *de facto*, ces difficultés seront reportées sur les collectivités locales et les services déconcentrés, déjà surchargés.

Les personnes en grande détresse s'abriteront – elles le font déjà, d'ailleurs – dans des hôpitaux, dans des commissariats, aux urgences hospitalières, dans les parkings, dans les entrées d'immeubles. Malheureusement, elles ne disparaîtront pas. Limiter les places ne limitera pas le nombre de personnes sans abri !

Madame la ministre, alors que le Premier ministre s'est engagé dans un travail de fond pour l'égalité républicaine en Seine-Saint-Denis, que proposez-vous ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la garde des sceaux.

Mme Nicole Belloubet, garde des sceaux, ministre de la justice. Madame la sénatrice Assassi, votre question souligne les efforts réalisés par l'État pour les publics sans domicile, même si vous considérez que ceux-ci sont insuffisants. La mise à l'abri des plus démunis est en effet un enjeu de solidarité nationale. Des milliers de gens dorment encore dans la rue et, tant que ce sera le cas, l'action conduite par le Gouvernement devra se poursuivre.

Face à cette réalité, le Gouvernement agit à la fois avec humilité et détermination afin qu'une solution adaptée soit trouvée pour tout le monde.

Jamais autant de moyens n'ont été consacrés à l'hébergement d'urgence : 2 milliards d'euros. Tout à la fois, cela traduit la réalité de l'importance des besoins, que vous avez soulignée, mais cela signifie aussi qu'avec les 6 000 places pérennisées à la sortie de l'hiver, l'État finance et gère avec les associations 145 000 places en moyenne, soit autant de femmes, d'hommes et d'enfants qui ne dorment pas dehors.

Parmi les 6 000 places au niveau national, près de 160 ont été pérennisées en Seine-Saint-Denis. Ces places s'ajoutent aux places pérennisées l'hiver dernier. Ce sont ainsi quasiment 500 places qui ont été pérennisées en deux ans.

Vous soulignez que le nombre de places pérennisées à Paris est supérieur, avec 1 076 places – et non 1 400 comme vous l'avez évoqué. Mais le taux de places pérennisées par rapport au nombre de places demandées par les services déconcentrés est le même à Paris qu'en Seine-Saint-Denis : il est de 76 %.

Le ministre de la ville et du logement, Julien Denormandie, est très attentif aux enjeux de répartition territoriale des places d'hébergement : il s'agit de ne pas concentrer la misère dans les endroits les plus en difficulté.

C'est en ce sens, par exemple, que, lors de la campagne hivernale, le Gouvernement a choisi d'ouvrir des sites en plein cœur du VII^e arrondissement de Paris, dans des locaux appartenant au ministère du logement et au ministère des armées.

En Seine-Saint-Denis, le taux d'équipement en places d'hébergement est de 9,6 places, tous hébergements confondus, pour 1 000 habitants. 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 territoriaux.

C'est d'ailleurs la même stratégie qui a été appliquée dans le cadre de la gestion des réservations des nuitées hôtelières. En effet, les SIAO réservent des nuitées hôtelières en dehors de leur département d'implantation, ce qui a conduit à une surmobilisation de certains territoires, notamment celui de la Seine-Saint-Denis.

Les objectifs du plan Hôtel 2015-2017 en termes de localisation ont ainsi permis un desserrement de la réservation hôtelière sur le territoire de la Seine-Saint-Denis par les autres SIAO franciliens.

Vous le constatez, madame la sénatrice, l'action du Gouvernement vise à la fois la satisfaction des besoins et la réduction des déséquilibres territoriaux.

Mme la présidente. La parole est à Mme Éliane Assassi, pour la réplique.

Mme Éliane Assassi. Madame la garde des sceaux, ma question porte malheureusement sur une réalité, et il faut des actes plus forts que ce qui a été fait peut-être ces derniers temps. Je ne suis pas la seule à le dire : je suis accompagnée aujourd'hui d'agents du SIAO 93, qui vivent avec grande détresse le fait d'être obligés de refuser des places à des centaines de personnes dans mon département.

SÉCURISATION DES PRATIQUES DANS LES SALLES DE SPORT

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Savin, auteur de la question n° 755, adressée à Mme la ministre des sports.

M. Michel Savin. Madame la ministre, je souhaite attirer votre attention sur le développement important du marché des salles de sport et les enjeux de sécurité et de santé publique qui y sont liés.

En 2019, plus de cent nouvelles salles de sport devraient ouvrir rien qu'à Paris et dans la petite couronne parisienne. Ce sont aujourd'hui plus de 17 millions de Français qui pratiquent librement *via* ces salles, 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 d'euros en 2013.

Le développement croissant de ces salles peut être considéré comme une bonne chose du point de vue de la pratique sportive, mais il soulève cependant de nouvelles questions, notamment en termes de santé publique et de sécurité.

En effet, alors que les tarifs proposés sont parfois très faibles pour des réseaux de lieux de pratique se densifiant, des économies substantielles sont réalisées par les grands groupes propriétaires, lesquelles peuvent venir menacer la santé et la sécurité des pratiquants.

Force est de constater que, dans de nombreuses salles de sport en libre accès, les activités ne sont ni accompagnées ni encadrées par des professionnels, ce qui peut susciter des risques importants pour la santé et le bien-être des pratiquants. Je pense en particulier à la musculation, véritable pratique à risque sur le plan technique.

En France, l'encadrement des activités physiques est réglementé pour garantir la sécurité des usagers et tout professionnel de l'encadrement de ces activités doit être titulaire d'une qualification reconnue par le ministère chargé des sports. Or, dans ces salles de sport privées, un tel encadrement n'est pas toujours mis en place et les propriétaires ne sont donc pas soumis à cette obligation, car ces lieux de pratique sont uniquement des salles dans lesquelles le pratiquant loue l'accès à un matériel et il ne s'agit pas de salles de sport avec encadrement.

De plus, l'accroissement du recours au coaching virtuel dans ces espaces soulève également la question de la responsabilité et de sa qualification juridique.

Enfin, il n'existe pas de traçabilité des pratiquants, qui peuvent décider d'arrêter leur abonnement pour des raisons tant personnelles que médicales, sans que les opérateurs soient en capacité de mesurer ces impacts sur la santé des personnes inscrites.

Cette tendance ne va pas se ralentir : de grands groupes propulsés par de puissants fonds d'investissement s'implantent, profitant des espaces particulièrement rentables en l'absence de charges de personnel.

Aussi, madame la ministre, comment comptez-vous sécuriser ces pratiques afin de permettre à toujours plus de Français d'exercer une activité physique sans risque ?

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

Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports. Monsieur le sénateur Savin, vous avez raison, les centres de remise en forme constituent une réponse à la préoccupation grandissante des Français de faire du sport autrement, dans une logique non pas de compétition, mais plutôt de santé, de bien-être et de détente, au sein de structures susceptibles de s'adapter à leur rythme de vie et à leurs envies.

Il est évident que cette pratique doit être proposée dans des conditions de sécurité optimales.

Les prestations de remise en forme, quelle que soit l'enseigne qui les propose, relèvent du champ d'activités des établissements d'activités physiques ou sportives et doivent, à ce titre, répondre à la réglementation prévue par le code du sport, afin de garantir la sécurité physique et morale des pratiquants.

Les salles de remise en forme peuvent dispenser des activités encadrées par du personnel qualifié, mais aussi des activités non encadrées, en accès libre, avec mise à disposition de matériel. Ces salles, dites en accès libre, font l'objet de contrôles ciblés dans le cadre du programme national d'inspection et de contrôle. En 2018, cette démarche a permis d'effectuer de nombreux rappels à la réglementation, voire de contraindre certaines salles à la fermeture.

La réglementation des établissements recevant du public impose, quant à elle, la présence d'un membre du personnel ou d'un responsable en permanence lorsque l'établissement est ouvert. Néanmoins, elle ne s'applique pas aux établissements recevant du public dont la capacité maximale d'accueil est inférieure à vingt personnes, ce qui est le cas de

nombreuses salles de remise en forme. Dans les autres, quelqu'un, qui n'est pas obligatoirement un encadrant, doit être présent en permanence.

Au même titre que tous les établissements d'activités physiques ou sportives, les salles de remise en forme sont soumises à des obligations de qualification, d'honorabilité et de sécurité. Ainsi, l'obligation de qualification s'applique aux éducateurs sportifs exerçant dans ces salles leur activité contre rémunération, lesquels doivent se déclarer auprès de l'administration et se voient délivrer une carte professionnelle.

Cette procédure permet de garantir aux pratiquants que les éducateurs sportifs satisfont aux obligations de qualification et d'honorabilité. Le grand public peut s'en assurer en consultant le site internet eapspublic.sports.gouv.fr, sur lequel apparaissent les éducateurs qui ont fait cette déclaration.

Il convient de rappeler que, à l'exception des baignades d'accès payant, il n'existe pas d'obligation de surveillance de la pratique des activités sportives en salle de remise en forme. Toutefois, l'exploitant de la salle qui organise de telles activités est dans l'obligation d'informer chaque pratiquant des capacités requises pour leur pratique. Il doit, par ailleurs, répondre à l'obligation générale de sécurité imposée par le code de la consommation.

De plus, nous avons créé la norme Afnor XP S52-412 « Salles de remise en forme », afin d'aider les exploitants de telles salles à assurer une sécurité maximale des pratiquants. Elle est d'application volontaire.

Mme la présidente. Il faut conclure, madame la ministre. Vous avez très largement dépassé votre temps de parole, qui, je le rappelle, est de deux minutes et demie.

Mme Roxana Maracineanu, ministre. Outre cette norme, nous allons créer un observatoire de l'accidentologie du sport, afin d'analyser de manière fine les phénomènes que vous avez décrits et d'apporter à ce problème une réponse réglementaire plus adaptée.

Je vous prie de m'excuser, madame la présidente, pour ce dépassement de mon temps de parole.

Mme la présidente. Eh oui, madame la ministre, le temps est compté !

La parole est à M. Michel Savin, pour la réplique.

M. Michel Savin. À l'évidence, il y a un réel problème de sécurité dans ces salles. La preuve en est que, à la suite de contrôles du respect de la réglementation, certaines d'entre elles ont été fermées. J'espère que des procédures adaptées seront rapidement mises en place pour améliorer l'encadrement de la pratique de ces activités.

REGROUPEMENT DES FÉDÉRATIONS FRANÇAISES DE CYCLISME ET DE CYCLOTOURISME

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Jacques Lozach, auteur de la question n° 782, adressée à Mme la ministre des sports.

M. Jean-Jacques Lozach. Madame la ministre, deux fédérations nationales, chacune membre du Comité national olympique et sportif français, le CNOSF, et reconnue par le ministère des sports, ont actuellement en charge le cyclisme dans notre pays. Le cadre bicéphale dans lequel ces entités complémentaires et homogènes coexistent se heurte à certaines réalités économiques ainsi qu'au bon sens.

Fondée en 1881 sous le titre d'Union vélocipédique de France et agissant dans un champ de pratiques très populaires, la Fédération française de cyclisme, la FFC, qui, en 2017, comptait 116 000 licenciés à travers 2 600 clubs affiliés pour un budget s'élevant à 17 millions d'euros, assume la formation et la préparation des équipes de France, la participation aux grands championnats et, le cas échéant, leur organisation. Devenue pluridisciplinaire en 1984, elle est le socle à partir duquel se sont construits nos succès sportifs.

Reconnue d'utilité publique depuis 1978, agréée par le ministère chargé des sports depuis 1964 et par le ministère chargé du tourisme en 1991, la Fédération française de cyclotourisme, devenue la FFVélo en avril 2018, s'appuie sur un vivier de 122 000 licenciés répartis dans 3 000 clubs affiliés, avec un budget évalué en 2017 à 8 millions d'euros.

Son objet social peut se résumer ainsi : promotion de la pratique du vélo pour toutes et tous, en particulier les jeunes, les familles et les femmes, dans tous les territoires, aussi bien comme activité de loisir que comme pratique touristique ; lutte contre l'insécurité routière en contribuant à l'aménagement des territoires pour les cyclistes ; défense des intérêts du vélo dans les sports de nature et dans la perspective d'un développement durable.

Les relations entre ces deux fédérations s'inscrivent dans un paysage institutionnel pour le moins insolite. La FFVélo, ex-FFCT, dispose en effet d'une délégation de pouvoir depuis le 4 avril 2006 dans un champ exclusivement non compétitif, limitant ainsi les possibilités de développement en la matière de son homologue, également délégataire.

Dans un contexte où l'État rationalise son engagement financier auprès des fédérations sportives, les ressources propres de ces deux organismes tendent ainsi, par ce modèle pluriel, à se disperser.

En réaction, FFC et FFVélo s'organisent en s'inscrivant dans une logique d'élargissement de leurs cibles et en développant des pratiques de plus en plus concurrentielles.

La responsabilité que porte la FFC, notamment en matière de médailles et de résultats sportifs attendus, est importante. L'intérêt supérieur du sport français impose de lui offrir les moyens nécessaires pour remplir ses objectifs. Une réorganisation bénéficierait également à cette cause nationale qu'est la promotion de la pratique du cyclisme, laquelle entre en relation directe avec des enjeux de société tels que la santé, l'écologie ou la mobilité.

Ne faudrait-il pas envisager, madame la ministre, la mise en place d'un processus de rapprochement stratégique et harmonieux entre ces deux fédérations ? Vous l'aurez compris, j'aurais pu illustrer ce propos en évoquant d'autres disciplines qui ont émergé au cours des dernières années, par exemple dans le domaine des sports de combat.

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

Mme Roxana Maracineanu, ministre. Monsieur le sénateur Lozach, la fusion entre les deux fédérations, pour le cyclisme et le cyclotourisme, est un sujet récurrent. Il est aujourd'hui principalement porté par la Fédération française de cyclisme.

Chacune de ces deux fédérations bénéficie d'une délégation ministérielle, l'une pour le champ des activités sportives compétitives, l'autre pour celui des activités non compétitives, pour des motifs liés à la sécurité des pratiques sur les voies et espaces publics.

Cette délégation ministérielle, si elle accorde effectivement à son détenteur certaines prérogatives exclusives – délivrance des titres, sélections aux compétitions internationales et édition de règles techniques et de sécurité dans les manifestations sportives pour la FFC ; simple édition de règles de technique et de sécurité pour les manifestations s'agissant de la FFVélo –, ne peut toutefois en aucun cas être assimilée à une forme d'exclusivité en matière d'initiative pour le développement des pratiques, qui relève d'un champ distinct.

En dehors de ces deux fédérations délégataires, les nombreuses initiatives portées par différents acteurs du sport, comme les fédérations affinitaires, le sport scolaire, les collectivités locales, les associations locales, les entreprises et les organisateurs du secteur commercial, démontrent d'ailleurs que la liberté existe en la matière. Ces démarches sont encouragées par le plan national Vélo, qui inclut le « savoir rouler » pris en charge par le ministère des sports.

Aussi, si certains aspects des différentes formes de pratique du cyclisme peuvent conduire à engager une réflexion sur le possible rapprochement entre ces deux fédérations, celui-ci ne paraît pas pouvoir être mené à bien sans que volonté et projet communs aient été préalablement discutés entre ces organismes. Une prochaine réunion se tiendra sous l'égide du directeur des sports pour évaluer de part et d'autre la faisabilité d'un tel rapprochement. Nous encourageons cette dynamique, car nous partageons le souhait de réunir dans une seule fédération pratique de loisir et compétition.

LUTTE CONTRE LES PESTICIDES

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Madrelle, auteur de la question n° 773, adressée à M. le ministre de l'agriculture et de l'alimentation.

M. Philippe Madrelle. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, vous le savez, si la France demeure la première puissance agricole européenne avec près de 30 millions d'hectares de surface agricole utile, elle est toujours, hélas, la première utilisatrice de produits phytosanitaires en Europe.

À cet inquiétant constat il faut ajouter l'échec des deux plans successifs lancés depuis 2008 et destinés à réduire l'utilisation des pesticides de synthèse. L'usage de ces produits a continué à progresser malgré la volonté affichée par le Gouvernement d'atteindre les objectifs d'une réduction de moitié de l'utilisation des produits pharmaceutiques d'ici à 2025 et de la sortie du glyphosate d'ici à la fin d'octobre 2020. Force est de constater que l'État a réduit ses ambitions.

Vous me permettez, madame la ministre, de m'interroger sur le rôle des préfets qui ont été nommés avec la mission de coordonner les secteurs publics et privés – la viticulture, les agences régionales de santé et les collectivités territoriales – engagés en faveur de la réduction de l'utilisation des produits phytosanitaires.

Le groupe Bayer-Monsanto a été condamné à plusieurs reprises, plus de 11 000 procès sont en cours, et les pratiques de ces firmes en matière de fichiers sont pour le moins surprenantes.

Des études menées récemment dans onze communes viticoles du Médoc ont démontré que, contrairement à ce que prétendent les organisations de la viticulture bordelaise, les pratiques ne s'améliorent pas. Alors que 8 % seulement du vignoble bordelais est converti en bio, ces études révèlent

une contamination des femmes enceintes, des enfants, et des salariés des vignobles aux fongicides les plus dangereux. Cette persistance de l'utilisation des pesticides pose le problème des pratiques.

Il paraît urgent de suivre les recommandations du rapport de l'Organisation des Nations unies qui préconise de supprimer les autorisations de mise sur le marché des molécules dangereuses et d'interdire l'utilisation des substances classées cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques.

Madame la ministre, pouvez-vous nous assurer que la dotation de 30 millions d'euros sera réellement affectée à la recherche pour trouver des solutions alternatives, destinées à cultiver et à protéger les cultures autrement, et respectueuses de la santé et de l'environnement ?

Ne croyez-vous pas qu'il est urgent de faire cesser cette situation d'empoisonnement généralisé ?

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

Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports. Monsieur le sénateur Madrelle, je vous prie d'excuser l'absence du ministre de l'agriculture, en déplacement à Bucarest pour un Conseil de l'Union européenne. Il m'a chargée de vous transmettre sa réponse.

Votre question porte sur les actions entreprises par le Gouvernement pour réduire l'usage des pesticides et les autorisations de mise sur le marché de certaines molécules dangereuses, telles que les substances classées cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques, les CMR.

Sur ce sujet, le cadre réglementaire européen est très strict et a été renforcé depuis dix ans. Le règlement européen relatif à la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques, en vigueur depuis 2009, prévoit que l'approbation européenne des substances actives dont le classement harmonisé est cancérogène, mutagène ou reprotoxique de catégorie 1 ne soit pas renouvelée, sans qu'il soit besoin de procéder à une évaluation des risques plus approfondie.

Ces critères d'approbation plus stricts que ceux qui figuraient dans la directive précédente, datant de 1991, ont conduit, depuis 2011, au retrait du marché de plusieurs dizaines de substances parmi les plus préoccupantes. Ils vont continuer à produire leurs effets dans les prochaines années sur la vingtaine de substances actives classées CMR 1 qui restent encore approuvées au niveau européen.

Concernant l'usage des pesticides, le Gouvernement, et plus particulièrement le ministère de l'agriculture, s'est pleinement saisi du sujet.

Le plan national d'actions sur les produits phytopharmaceutiques et une agriculture moins dépendante aux pesticides, publié le 25 avril 2018, réaffirme ainsi clairement notre ambition de réduire l'utilisation de ces produits de 25 % d'ici à 2020 et de moitié d'ici à 2025.

Au niveau européen, la France a demandé à la Commission européenne de mettre fin sans tarder à l'approbation des substances classées CMR de catégorie 1 et s'oppose systématiquement à toute proposition de prolongation ou de renouvellement de cette approbation.

Par ailleurs, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, l'Anses, a été saisie afin d'engager une revue de ces substances préoccupantes. Son avis est attendu à brève échéance, avant l'été.

Sur cette base, le Gouvernement définira les actions à conduire conformément au plan d'actions. Si nécessaire, des mesures de restriction seront adoptées au niveau national.

DÉVELOPPEMENT DE L'AGRICULTURE
BIOLOGIQUE À MAYOTTE

Mme la présidente. La parole est à M. Thani Mohamed Soilihi, auteur de la question n° 721, adressée à M. le ministre de l'agriculture et de l'alimentation.

M. Thani Mohamed Soilihi. Je souhaite attirer l'attention du ministre de l'agriculture et de l'alimentation sur le développement de l'agriculture biologique à Mayotte.

À l'occasion 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 aux attentes de nos concitoyens, le Gouvernement a lancé, le 25 juin 2018, après trois mois de concertation, le plan Ambition bio 2022, dont l'objectif vise à permettre le développement de la production et de la consommation de produits biologiques ainsi que la structuration des filières.

À Mayotte, où la quasi-totalité de la production agricole est destinée à la consommation, on a longtemps estimé que la certification « agriculture bio » était superflue tant la culture des produits locaux était assimilable à celle de produits biologiques.

Une étude publiée en 2017 par la direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de Mayotte est venue attester de l'existence de ce fort potentiel de labellisation pour les productions de fruits et légumes, à condition que les pratiques ne changent pas.

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 produites à Mayotte, 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. Il est apparu que d'autres fruits et légumes, ayant également fait l'objet de prélèvements, contenaient cette substance insecticide, interdite dans notre pays depuis 2016 et introduite sur le territoire par voie clandestine.

C'est la raison pour laquelle je souhaite connaître les mesures que le Gouvernement entend prendre pour développer le potentiel de labellisation existant localement et garantir la santé des consommateurs et des agriculteurs mahorais.

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

Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports. Monsieur le sénateur Thani Mohamed Soilihi, je vous prie d'excuser l'absence du ministre de l'agriculture, en déplacement à Bucarest pour un Conseil de l'Union européenne. Je vais vous donner lecture de sa réponse.

À la suite des États généraux de l'alimentation, ou EGA, les interprofessions agroalimentaires ont pris des engagements dans les plans de filière afin d'accélérer la transition agroécologique des systèmes alimentaires. Ce mouvement concerne non pas seulement la métropole, mais également tous les territoires ultramarins.

À cet égard, le programme Ambition bio 2022, qui a vocation à soutenir l'agriculture biologique en France, comprend un axe spécifique dédié au développement en outre-mer. Un fonds de structuration des filières, doté de 8 millions d'euros, contribue à la réalisation de ce volet.

Au-delà des enjeux liés à la conversion à l'agriculture biologique, un des leviers consensuels confirmés au cours des EGA consiste à encourager une production et une offre locales au plus près des territoires et, ainsi, de structurer des circuits de proximité répondant à l'exigence d'une alimentation favorable à la santé et respectueuse de l'environnement.

Pour y parvenir, le levier du projet alimentaire territorial, le PAT, est particulièrement pertinent. Sur la base d'un recensement des besoins locaux, ce projet, porté en général par les collectivités territoriales, offre l'avantage de réunir tous les acteurs concernés de l'amont à l'aval, dans le but de favoriser l'approvisionnement local, tout particulièrement au bénéfice de la restauration collective.

Le Livre bleu des outre-mer encourage le développement des PAT comme instruments permettant à la fois de structurer les filières ultramarines et de répondre aux attentes des citoyens à l'égard de leur alimentation.

Enfin, l'utilisation de produits phytosanitaires prohibés sur le territoire français, mais achetés et utilisés illégalement à Mayotte, est en effet très préoccupante. Je tiens à vous confirmer la pleine mobilisation des services de l'État qui agissent dans ce dossier pour informer et contrôler, en vue d'assurer la sécurité des consommateurs.

Dans le cadre du plan Écophyto, une campagne de communication annuelle vise à sensibiliser les utilisateurs aux risques encourus, qui sont juridiques, mais aussi sanitaires et environnementaux. Il s'agira, vous avez raison, d'amplifier ces campagnes d'information.

Mme la présidente. La parole est à M. Thani Mohamed Soilihi, pour la réplique.

M. Thani Mohamed Soilihi. Madame la ministre, je vous sais gré de m'avoir donné lecture de la réponse du ministre de l'agriculture. Vous l'avez compris, il s'agit non seulement de développer l'agriculture biologique, mais aussi d'assurer la sécurité des Mahorais. Je suis d'ailleurs heureux que M. le secrétaire d'État Laurent Nunez soit présent, parce qu'un volet de cette question relève du ministère de l'intérieur.

Je ne tarderai pas à prendre de nouveau l'attache des deux ministères afin que des réponses concrètes soient trouvées sur le terrain.

CONDUITE DES SENIORS

Mme la présidente. La parole est à M. Claude Nougéin, auteur de la question n° 659, transmise à M. le ministre de l'intérieur.

M. Claude Nougéin. Monsieur le secrétaire d'État, en France, le permis de conduire représente une partie de la vie des citoyens, notamment des seniors, pour lesquels le papier rose représente le dernier sentiment de liberté et, en quelque sorte, un gage de bonne santé.

En effet, aucun contrôle obligatoire n'est imposé aux détenteurs du permis B en dehors des cas de maladies spécifiques. Seule une infraction au code de la route peut provoquer une visite médicale, notamment après une annulation ou une suspension de permis. Malheureusement, il est alors souvent trop tard.

Récemment encore, en Corrèze, un cas a provoqué une grande émotion : un dramatique accident sur un parking sécurisé a coûté la vie à un enfant de 15 mois ainsi que de multiples traumatismes physiques et moraux à ses parents.

Pourquoi évoquer cet événement ? Parce qu'il aurait pu, selon moi, être évité : la personne responsable du choc, âgée de 85 ans, souffrait de difficultés visuelles très importantes, mais conduisait pourtant.

Aujourd'hui, 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, un tel test est obligatoire à partir de 70 ans ; il l'est plus tôt encore en Italie et au Portugal.

Les statistiques indiquent que les seniors ont moins d'accidents que les autres tranches d'âge d'automobilistes, mais aussi que ces accidents sont souvent plus graves. Alors qu'elles ne constituent que 19 % de la population globale, les personnes âgées représentent ainsi 25 % des personnes tuées sur la route.

Monsieur le secrétaire d'État, je sais que le Gouvernement est soucieux de la lutte contre l'insécurité routière, je connais son engagement à ce sujet – nous l'avons vu avec les 80 kilomètres-heure notamment. Aussi, je tiens à vous interroger sur les perspectives envisagées par le Gouvernement à ce sujet. Ne pourrait-on réfléchir, dans le cadre de la lutte contre l'insécurité routière, à mettre en place un dispositif de contrôle d'aptitude, comme c'est déjà le cas pour les permis poids lourd et super-lourd en France, avec une visite périodique tous les deux ans pour les plus de 80 ans ?

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Laurent Nunez, *secrétaire d'État auprès du ministre de l'intérieur.* Monsieur le sénateur Nougéin, vous l'avez dit, les conducteurs âgés provoquent moins d'accidents que les autres. En revanche, ils courent davantage de risques d'être tués lors d'un accident corporel.

Leur fragilité physique, qui s'accroît avec l'âge, explique la remontée du taux de mortalité de ces conducteurs après 75 ans.

Le Gouvernement, qui souhaite défendre la mobilité et l'autonomie des seniors, tout en préservant la sécurité routière, promeut un certain nombre d'initiatives.

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, parmi les dizaines de mesures qu'il a prévues, a également décidé de sensibiliser davantage les médecins traitants pour les pousser à aborder 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 à quelques mois.

Sur le 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, lorsque ceux-ci le jugent nécessaire, de faire un signalement au préfet, qui peut alors imposer un contrôle médical au titulaire du permis de conduire.

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

En raison de son absence d'efficacité, démontrée par les études, il n'est pas prévu d'instaurer à ce stade un contrôle médical spécifique pour les conducteurs seniors au-delà des dispositifs que je viens de rappeler et qui visent à mieux informer les personnes en contact avec ces conducteurs afin de prévoir certains examens médicaux. Aucune obligation n'est donc envisagée.

Mme la présidente. La parole est à M. Claude Nougéin, pour la réplique.

M. Claude Nougéin. Monsieur le secrétaire d'État, j'ai bien entendu votre réponse indiquant qu'il n'y aurait pas d'obligation. J'avais à l'esprit une démarche engagée avec discernement, et non un contrôle brutal à l'issue duquel 80 % des personnes âgées perdraient leur permis de conduire.

Si, dans un premier temps, on ne souhaite pas instaurer de contrôle, pourquoi ne pas inciter, par exemple par la publicité, les seniors à effectuer des visites médicales que l'État, voire les départements – certains d'entre eux ont ainsi instauré des visites de détection de maladies –, organiserait, afin de se voir recommander des lunettes ou d'autres mesures ? Ce dispositif serait à la fois non contraignant et très utile pour la sécurité routière.

OBLIGATION DE QUITTER LE TERRITOIRE FRANÇAIS

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Bonne, auteur de la question n° 761, adressée à M. le ministre de l'intérieur.

M. Bernard Bonne. Manifestement, les préfets rencontrent les plus grandes difficultés à faire appliquer leurs décisions en matière de politique migratoire, et notamment celles qui concernent les personnes ayant obligation de quitter le territoire national.

Le taux d'exécution de cette procédure est très faible, de l'ordre de 15 % à 20 %, et nombre de ces personnes restent sur le territoire national à la fin du délai de trente jours généralement accordé.

De même, moins d'une personne placée en rétention sur deux quitte effectivement le territoire à l'issue de la période de rétention.

Cette difficulté de l'État à faire appliquer ses propres décisions emporte de réels problèmes 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, dont beaucoup se sont particulièrement investis dans l'accueil de réfugiés fuyant les récents conflits au Proche-Orient, sont particulièrement démunis face à de telles situations.

Aussi, monsieur le secrétaire d'État, pourriez-vous nous indiquer quelles mesures vous entendez prendre afin que les décisions de droit prises au niveau décentralisé soient effectivement exécutées ?

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Laurent Nunez, secrétaire d'État auprès du ministre de l'intérieur. Monsieur le sénateur, la notification d'une obligation de quitter le territoire sanctionne un refus d'admission au séjour ou un rejet définitif d'une demande d'asile. Une fois épuisées les différentes voies de recours, ces décisions doivent s'appliquer systématiquement, je vous rejoins sur ce point. Le Gouvernement a mis en place une stratégie résolue à cette fin et y consacre les moyens nécessaires.

La réalisation d'un tel objectif passe d'abord par un cadre juridique adapté permettant l'application de ces décisions. À ce titre, les dispositions de la loi du 10 septembre 2018 permettent, depuis leur entrée en vigueur, de renforcer l'efficacité des éloignements. C'est, par exemple, le cas de l'allongement de la durée de placement en rétention administrative jusqu'à 90 jours, afin de pouvoir obtenir les documents de voyage nécessaires auprès des pays d'origine, ce qui est une des difficultés rencontrées. C'est aussi ce que permet le caractère désormais non systématiquement suspensif des recours introduits devant la Cour nationale du droit d'asile, après rejet de la demande par l'Office de protection des réfugiés et apatrides, l'Ofpra, s'agissant des demandeurs d'asile en provenance d'un pays d'origine sûr.

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 de 480 nouvelles places d'ici à 2020, soit une augmentation de près d'un tiers du parc existant.

Cet 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. En 2018, 331 places ont été ouvertes dans ce cadre ; les travaux se poursuivent pour atteindre 480 places d'ici à la fin de l'année prochaine.

Enfin, nous menons des échanges diplomatiques avec les principaux pays de provenance, pour prévenir les départs et faciliter les retours, notamment par la délivrance de laissez-passer dans des délais extrêmement 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, monsieur le sénateur, de la totale détermination du Gouvernement à poursuivre en ce sens.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Bonne, pour la réplique.

M. Bernard Bonne. Je vous remercie, monsieur le secrétaire d'État, de votre réponse. Le Gouvernement fait, me semble-t-il, un effort en ce sens, mais je veux surtout attirer l'atten-

tion sur le fait que les maires sont en première ligne. Il est donc indispensable que les services de l'État, les préfets et les maires confrontés à de telles difficultés travaillent en étroite collaboration.

Vous le savez, de nombreuses associations caritatives prennent parfois une part un peu trop importante dans l'accueil des personnes en situation irrégulière. Aussi, il importe que le préfet soutienne et aide les maires qui se trouvent vraiment en grande difficulté quand des bâtiments communaux ou privés sont occupés.

FIXATION DE LA PRESTATION DE COMPENSATION LIÉE À LA PERTE D'AUTONOMIE

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Deroche, auteure de la question n° 657, adressée à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Catherine Deroche. Je souhaite attirer l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé et de vous, madame la secrétaire d'État, sur la situation médicale des patients atteints de maladies rares ou chroniques lorsque celle-ci n'est pas stabilisée au moment de la détermination de leur droit à la prestation de compensation à domicile du fait de leur handicap.

Certaines maladies sont souvent sévères, évolutives et induisent une perte d'autonomie. L'organisme du patient se dégrade peu à peu de manière inexorable. Il devient alors généralement nécessaire de mettre en place une organisation adaptée concernant la prise en charge de ces patients. C'est à partir des seuils de 50 % et de 80 % d'invalidité que le droit à une prestation de compensation, qui a le caractère d'une prestation en nature ou en espèces selon le choix du bénéficiaire, est ouvert.

Selon le référentiel du code de l'action sociale et des familles, les difficultés du patient pour l'accès à cette prestation sont évaluées sur « une durée prévisible d'au moins un an ». Or cette durée ne correspond pas à la réalité de l'évolution de certaines maladies, qui peuvent entraîner bien avant le délai légal des incapacités, voire des complications graves. Tel est le cas de la plupart des maladies rares – je pense notamment à l'atrophie multisystématisée, l'AMS, pour ne citer que celle-ci. Le plan national Maladies rares en compte 7 000, avec plus de 3 millions de personnes concernées, soit 4,5 % de la population.

L'AMS, par exemple, a pour conséquence 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, cette maladie appelle 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.

Ma question est simple : 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 en raison du caractère intrinsèquement évolutif et inexorable ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès du ministre des solidarités et de la santé. Madame la sénatrice, vous évoquez ce matin la situation difficile que rencontrent les

patients – des enfants comme des adultes – atteints de maladies rares ou chroniques dont la situation médicale n'est pas stabilisée.

Le troisième plan national Maladies rares 2018-2022, lancé le 4 juillet 2018 par Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, traduit la détermination de la France à mener une politique volontariste et solidaire en la matière ; j'y reviendrai dans quelques instants.

En matière d'accès à la prestation de compensation du handicap, la PCH, il convient tout d'abord de préciser que le taux d'incapacité ne constitue pas un critère d'éligibilité à cette prestation.

De manière plus générale, les référentiels qui définissent les règles d'accès des personnes souffrant de maladies rares aux droits et prestations visant à la compensation de leur handicap permettent déjà la prise en compte de la spécificité de ces situations par les équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées, les MDPH.

Ainsi, le référentiel pour l'accès à la PCH précise 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.

Des efforts restent toutefois à poursuivre pour améliorer tant l'accompagnement des personnes souffrant de maladies rares que la coordination et le travail en partenariat autour de ces situations.

Le troisième plan national sur les maladies rares, que j'ai évoqué, porte pour cette raison l'ambition de partager l'innovation et de permettre un diagnostic et un traitement à destination de toutes les personnes concernées.

Ce plan comporte ainsi plusieurs axes stratégiques. Il vise la réduction de l'errance et de l'impasse diagnostiques. Il reconnaît le rôle accru des filières de santé Maladies rares pour coordonner les actions des multiples acteurs concernés, accompagner le malade lors de certaines étapes clés, comme l'annonce du diagnostic ou la transition adolescent-adulte, et promouvoir la recherche et l'innovation sur les maladies rares. Enfin, il prévoit 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 non seulement à renforcer les relations entre les acteurs des filières de santé Maladies rares et les MDPH, en particulier lors des phases charnières, mais également à compléter l'information des équipes pluridisciplinaires des MDPH.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Deroche, pour la réplique.

Mme Catherine Deroche. Je vous remercie de votre réponse, madame la secrétaire d'État. Le plan national Maladies rares est en effet important, et vous en avez évoqué plusieurs volets.

J'ai parlé plus particulièrement de l'AMS parce que j'ai été sollicitée dans mon département pour un cas dramatique. Au regard de la durée d'un an, entre le moment où la maladie a été reconnue et l'évolution très rapide de celle-ci, une personne n'a pu être prise en charge dans les quelques mois qui lui restaient à vivre, sans parler des conséquences familiales majeures : la femme de cette jeune personne travaillait et leurs enfants étaient scolarisés. La famille s'est heurtée à ce délai d'un an ainsi qu'à des interlocuteurs ayant une mauvaise compréhension de la situation, mais je ne le leur reproche pas, car ce sont des maladies extrêmement rares, avec un pronostic inexorablement difficile.

OFFRE DE SOINS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS DE LA MAYENNE

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Chevrollier, auteur de la question n° 731, adressée à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

M. Guillaume Chevrollier. Madame la secrétaire d'État, l'attractivité des hôpitaux publics et l'accès aux soins sont des problématiques qui touchent de nombreux territoires ruraux, et mon département, la Mayenne, n'y échappe pas, malgré la présence de trois centres hospitaliers à Laval, 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 redynamiser 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, l'ARS, n'a pas investi un euro et n'a financé aucun nouveau projet. C'est la limite du plan de retour à l'équilibre. Le matériel vieillit, les infrastructures également. Il n'y a jamais eu, en réalité, de véritable plan d'investissement dans les locaux, alors qu'il existe un projet médical d'établissement solide.

Se posent aussi bien sûr des problèmes d'effectifs médicaux, avec des suppressions et des non-remplacements de postes. L'hôpital manque aussi de médecins spécialistes. Par exemple, le service de pneumologie, qui est pourtant une spécialité du quotidien, n'est pas en mesure de prendre en charge les patients mayennais, qui sont alors transférés dans les hôpitaux d'Angers ou de Rennes.

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

On retrouve ce diagnostic dans de nombreux hôpitaux périphériques. Pourtant, je suis convaincu que ceux-ci peuvent devenir de véritables pôles d'attractivité. L'enjeu est de garantir la permanence des soins et d'assurer un environnement médical de qualité.

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

Madame la secrétaire d'État, que faites-vous pour renforcer l'hôpital de Laval et en faire vraiment le pôle central et fort du groupement hospitalier de territoire mayennais ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le sénateur, le département de la Mayenne, bien qu'exposé à des enjeux prégnants parfois difficiles en matière d'accès aux soins et de démographie médicale, se mobilise de façon remarquable, permettez-moi de le souligner, grâce à l'implication dynamique des élus, des collectivités locales, des professionnels de santé, des représentants des usagers et des services de l'État.

Il n'y a pas de territoire oublié : le ministère de la santé et l'ARS se mobilisent pour soutenir les projets, qui sont très nombreux et innovants dans ce territoire, et être à l'écoute des difficultés. C'est dans le cadre de cette dynamique partenariale, au plus près des besoins, que les réponses sont les plus adaptées. Coopération, aménagement du territoire, approche graduée et pluriprofessionnelle, innovation sont des marqueurs essentiels du département en matière d'accès aux soins.

Le groupement hospitalier de territoire du département de la Mayenne, le GHT 53, s'organise autour de trois établissements hospitaliers et quatre établissements de proximité ou assimilés, permettant ainsi un maillage territorial resserré.

En parallèle, une dynamique forte a été engagée avec les professionnels de santé pour assurer une organisation coordonnée de leurs interventions et le déploiement de parcours de santé.

L'ARS, en particulier, dans le développement de son projet régional de santé, est particulièrement impliquée dans l'accompagnement des trois centres hospitaliers – le centre hospitalier de Laval support du GHT, le centre hospitalier de Château-Gontier et le centre hospitalier du Nord-Mayenne – sous divers angles : soutenabilité financière pour accompagner les établissements dans leurs évolutions d'activité ; adaptation des organisations et coopérations pour répondre aux nouveaux enjeux du territoire ; accompagnement dans l'adaptation à de nouvelles démarches de soins au regard des évolutions technologiques et des difficultés rencontrées par le territoire, avec, notamment, le déploiement de la télémédecine.

Enfin, l'ARS est fortement mobilisée pour accompagner les acteurs dans la stabilisation de l'organisation, afin d'offrir une réponse adaptée en termes de soins d'urgence dans un contexte de tensions médicales très fortes sur le territoire, rendant complexe et sensible la permanence médicale dans la plupart des disciplines telles que la médecine d'urgence et l'anesthésie.

Des réunions régulières sous l'égide du GHT 53, aidé par les centres hospitaliers de la région, mais aussi celui de Rennes, avec l'appui de l'ARS, sont régulièrement organisées en vue de poursuivre l'offre de soins existante, sans fermer la porte à de nécessaires évolutions en tant que de besoin et en liaison étroite avec chacun des élus de ce territoire.

Nous sommes attachés à développer les aides à l'installation ainsi qu'au maintien des professionnels de santé, à la facilitation à l'exercice coordonné et au soutien des expériences tirées du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, le Paerpa, et des plateformes territoriales d'appui, les PTA, en diversifiant et en qualifiant les lieux et maîtres de stage pour les étudiants en santé. Nous soutenons toute forme d'innovation, notamment avec le déploiement réussi de la télémédecine. D'ailleurs, le projet de loi relatif à

l'organisation et à la transformation du système de santé proposé par Agnès Buzyn, que vous examinez cette semaine, avec le plan Ma Santé 2022, répondra aussi aux enjeux des territoires et aux préoccupations des élus et des habitants.

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Chevrollier, pour la réplique.

M. Guillaume Chevrollier. Je vous remercie, madame la secrétaire d'État, de votre réponse. Je compte sur le Gouvernement pour faire en sorte que l'hôpital de Laval soit vraiment le point fort du GHT mayennais et pour qu'il contribue à travailler à l'attractivité de notre territoire, qui ne manque pas d'atouts, notamment sur le plan de la santé.

Je vous fais une proposition. Puisque vous parlez du projet de loi Santé, avec le développement du numérique et de la télémédecine, pourquoi ne pas faire du centre hospitalier de Laval un pôle d'excellence dans ce domaine, en liaison avec le Laval Virtual Center, un autre pôle d'excellence mayennais, spécialisé sur toutes les technologies de pointe relatives au numérique ? Cette approche permettrait de donner une autre identité à l'hôpital de Laval et lui conférerait...

Mme la présidente. Vous avez très largement dépassé votre temps de parole, mon cher collègue !

M. Guillaume Chevrollier. ... une attractivité de nature à consolider la santé dans la Mayenne.

AVENIR DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE ET DE L'HOMÉOPATHIE

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Tourenne, auteur de la question n° 760, adressée à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

M. Jean-Louis Tourenne. Madame la secrétaire d'État, ma question sur le devenir de l'homéopathie précédait les conclusions de l'étude décidée par la Haute Autorité de santé, la HAS. Aussi, votre réponse ne pouvait être à l'époque que provisoire. Maintenant que ces conclusions vous ont été remises, est-il possible de connaître les décisions que vous serez amenée à prendre dans les jours qui viennent ?

Selon toute vraisemblance, vous vous orientez vers le déremboursement. J'imagine que vous avez étudié tous les scénarii possibles et leurs conséquences. Aussi avez-vous peut-être des réponses aux questions qui ne manqueront pas de se poser.

D'abord, j'évoquerai le nombre d'emplois menacés, dommage collatéral extrêmement grave et tragique pour les familles concernées. A-t-on pu estimer les conséquences sur l'emploi, s'il y en a, et imaginer les mesures d'accompagnement nécessaires pour les employés ?

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

Toutefois, 56 % des Français disent avoir eu recours à l'homéopathie 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 ? C'est une autre façon de considérer le patient, une philosophie qui a fait évoluer la médecine tout entière et continue de le faire, 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 un grand nombre d'entre eux, convaincus, consacrent davantage de temps et d'écoute à leurs patients que leurs confrères.

Quelles motivations peuvent conduire au déremboursement ?

Il n'y a pas d'effet secondaire ; 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 – et je suis sûr que telle est votre intention – que soient bien prises en compte et en charge toutes les conséquences.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le sénateur, l'évaluation de l'homéopathie est parfaitement justifiée dans la mesure où elle dispose, depuis les années soixante, d'un statut et d'un régime dérogatoires.

Le débat sur le remboursement et le déremboursement dure depuis longtemps.

Réévaluer les stratégies thérapeutiques remboursables permet de garantir aux patients des soins pertinents. Il est normal que les médicaments homéopathiques y soient également soumis comme toute autre spécialité.

La question qui est aujourd'hui posée est celle non pas de l'interdiction de l'homéopathie, mais de son remboursement par la solidarité nationale.

Nous avons un principe fort en France pour le remboursement des médicaments : prendre en charge les thérapies avec un effet scientifiquement prouvé.

C'est pour cette raison qu'Agnès Buzyn a saisi la Haute Autorité de santé le 1^{er} août dernier. La commission de la transparence, commission spécialisée de la Haute Autorité de santé, 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, avec plus de 800 études et recommandations françaises ainsi qu'internationales identifiées ; les données déposées par les trois laboratoires concernés ; et les contributions de parties prenantes – professionnels de santé, patients – provenant de l'appel à contributions mené à la fin de l'année 2018. Il convient d'attendre désormais l'avis définitif de cette commission, qui devrait être disponible d'ici à l'été. En effet, à ce stade, l'avis est provisoire et les laboratoires peuvent formuler des observations.

Enfin, je souhaiterais vous rassurer en indiquant que le Gouvernement est sensible au sujet de l'emploi.

Nous entendons les inquiétudes exprimées au sein des territoires quant aux risques qu'un éventuel déremboursement pourrait faire peser sur l'emploi. Mais je le redis : ne nous trompons pas de débat ! Nous ne sommes pas en train d'interdire l'homéopathie. Même en cas de déremboursement, les industriels continueront à produire, à vendre sur le territoire national et à exporter à l'international.

CENTRE PÉRINATAL DE PROXIMITÉ DE L'ARBRESLE

Mme la présidente. La parole est à M. Gilbert-Luc Devinaz, auteur de la question n° 802, adressée à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

M. Gilbert-Luc Devinaz. Madame la secrétaire d'État, le domaine de l'accouchement a ceci de particulier qu'il est pris en charge par deux professionnels différents et complémentaires : des médecins, les obstétriciens, et le corps des sages-femmes.

L'établissement de L'Arbresle, du fait de sa permanence de sages-femmes, s'est révélé être une structure périnatale nouvelle sans accouchements, mais axée sur une activité de prévention globale pré et postnatale. 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 des sages-femmes. Le code de la santé publique n'interdit aucunement une permanence d'activités de prévention pré et postnatale. L'évaluation de 2016 relative à la réduction des hébergements et aux sorties précoces a porté sur les suites de couches des maternités, mais n'a, en aucun cas, en aucune manière, concerné les séjours en centre périnatal de proximité.

Madame la secrétaire d'État, votre projet de santé défend une offre de proximité prioritaire. Sur quoi appuyez-vous votre décision de supprimer une permanence de sécurisation de prévention périnatale globale, alors que son financement reste modeste et rééquilibre une perte d'actes d'accouchement ? Le modèle de L'Arbresle correspond exactement à la gradation des soins que vous mettez en place. Comment pouvez-vous délaissier une activité novatrice de prévention précoce post-accouchement, qui contribue par ailleurs au démarrage du lien social, celui de la relation mère-enfant ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le sénateur, je vous remercie de votre question et, notamment, d'avoir précisé qu'il s'agit non pas de la fermeture du centre périnatal de proximité, le CPP, de L'Arbresle, mais « uniquement » de l'arrêt de l'hébergement de ce centre, mesure prévue et annoncée 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 de l'hébergement, mais en mentionnant principalement des activités de consultations pré et postnatales, qui seront bien maintenues dans ce centre.

L'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes accompagne le centre hospitalier de L'Arbresle, y compris financièrement, dans le cadre de l'arrêt de cet hébergement, et ce de manière étroite avec l'équipe de direction du centre hospitalier qu'elle a reçue à plusieurs reprises.

L'hôpital de L'Arbresle est situé à vingt-cinq minutes de la clinique du Val d'Ouest, qui a ouvert des capacités d'hébergement en maternité dans un bâtiment neuf en mars 2016. Il est également à trente minutes de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône et à vingt-cinq minutes de l'hôpital Saint-Joseph-Saint-Luc, auprès duquel l'hôpital s'est rapproché en 2017.

Cela a été rappelé, la fermeture de l'hébergement du CPP doit être 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, dit Prado, destiné à favoriser le retour rapide des parturientes à domicile, est amplifié, à l'instar du développement des politiques de sorties précoces.

Je le répète, il s'agit uniquement de la fin de l'hébergement. Les activités de consultation, de dépistage et de préparation sont maintenues. Un travail itératif est actuellement en cours avec la direction de l'établissement pour travailler sur la définition d'un nouveau projet médical permettant d'assurer la pérennité de l'hôpital.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilbert-Luc Devinaz, pour la réplique.

M. Gilbert-Luc Devinaz. Madame la secrétaire d'État, je vous remercie de votre réponse. Je vous signale tout de même que l'ARS n'a jamais voulu recevoir qui que ce soit dans ce centre, aucun des professionnels.

Ce centre accueille 600 familles par an. Vous avez rappelé la proximité d'un certain nombre d'hôpitaux, mais vous parlez par beau temps. Dans les monts du Lyonnais, même avec le réchauffement climatique, nous avons encore des hivers. Il faut en être conscient, en fermant ce centre, plus aucun lit postnatal n'existera entre Saint-Étienne, Roanne, Villefranche-sur-Saône et Écully, aux portes de Lyon. On ne peut tout de même pas demander à un nouveau-né de respecter les horaires d'ouverture des consultations! Il nous restera à compter sur les pompiers pour certains accouchements.

DEVENIR DES COMPTABLES PUBLICS

Mme la présidente. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, auteure de la question n° 781, adressée à M. le ministre de l'action et des comptes publics.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Madame la secrétaire d'État, le 26 mars dernier, les agents des finances publiques se sont mobilisés contre la mise en place d'ici à 2020 de la réforme « zéro cash ». Ils craignent en effet des suppressions de postes de comptables publics et de nouvelles réorganisations, avec, à la clé, des fermetures de trésoreries.

Mais, plus encore, la fin de la possibilité de payer et de recevoir du numéraire auprès des trésoreries et des 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 fragilisés. Elles sont les premières à investir en France. Elles irriguent les territoires avec une expertise fine. Sans leur soutien, sans les conseils des agents des finances publiques, qui connaissent le terrain, chaque dossier deviendra infiniment plus compliqué.

Le chef de l'État a annoncé vouloir repenser la décentralisation en s'appuyant notamment sur les maires. Cette réforme leur coupe tout soutien. Le virage de la dématérialisation, les bus fiscaux pour sillonner les territoires ruraux, les plateformes téléphoniques... Toutes ces mesures ne peuvent remplacer l'expertise, la connaissance du terrain et la disponibilité des comptables publics qui sont répartis sur le territoire.

En outre, les comptables publics et les agents qu'ils encadrent prodiguent des conseils utiles à tous les décideurs territoriaux. Ils garantissent également la régularité des actes, protégeant ainsi les collectivités, notamment les communes, comme ils facilitent la gestion au quotidien des services publics.

La décision du ministère n'est pas encore publique, ni même officialisée, mais les craintes sont nombreuses depuis que des documents internes sur les réorganisations prévues ont fuité.

Nous connaissons tous les effets des dernières réformes de modernisation des services publics: fin de la délivrance de la carte nationale d'identité dans les communes, dématérialisation des relations avec les administrations centrales, difficultés accrues d'avoir un interlocuteur physique. Ce nouveau repli imposé aux services publics aura, quant à lui, des conséquences directes pour les collectivités. De nombreux maires jettent déjà l'éponge, notamment en ruralité, où ils se sentent souvent bien seuls.

Madame la secrétaire d'État, 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 la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Madame la sénatrice, vous avez appelé l'attention du ministre de l'action et des comptes publics sur la suppression de la gestion des espèces par le réseau de la Direction générale des finances publiques, la DGFIP.

Cette mesure n'est plus seulement une annonce, elle est bien inscrite dans la loi. En effet, l'article 201 de la loi de finances pour 2019 autorise l'État à recourir à un prestataire pour le maniement des espèces.

Ce recours est fortement encadré, d'une part, par la loi en termes de contrôle du prestataire ou de garantie financière, et, d'autre part par le marché en cours de passation, qui exige notamment de ce prestataire un réseau de points de contact au moins équivalent à celui des trésoreries.

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 à redéployer le temps des agents vers des missions à plus forte valeur ajoutée et moins répétitives.

Elle permet également de tenir compte du public encore important, souvent socialement défavorisé, qui utilise le paiement en espèces.

Certes, il s'agit d'une réforme importante, mais il ne faut pas non plus en exagérer la portée. À cet égard, je rappelle que les espèces représentent moins de 0,3 % des montants encaissés par la DGFIP : ils 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 qui relèvent de l'accueil du public, lequel continuera à être reçu pour tout besoin en termes d'information, de délais de paiement ou de paiement proprement dit par tout autre moyen que les espèces.

Par conséquent, en la limitant aux stricts encaissements, cette réforme laisse intacte la mission de service public exercée par la DGFIP. Bien au contraire, il me semble que le nouveau réseau de proximité des finances publiques que le ministre Gérald Darmanin appelle de ses vœux répond totalement à vos préoccupations et à vos deux inquiétudes.

D'une part, nous souhaitons apporter une offre de service nouvelle en augmentant très fortement les sites où un accueil physique de proximité sera assuré, notamment dans les maisons France service ou dans les mairies, si les maires le souhaitent. L'extension de l'accueil sur rendez-vous améliorera la réponse apportée aux questions des contribuables.

L'objectif est d'augmenter le nombre d'accueils de proximité de 30 % d'ici à 2022. C'est un effort sans précédent, qui rompt, enfin, avec la disparition programmée des accueils de service public.

D'autre part, 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, la DGFIP dédiera des cadres de haut niveau exclusivement affectés à cette mission et qui seront directement installés dans les territoires, au plus près des élus et des collectivités.

AVENIR DES TRÉSORERIES

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, auteur de la question n° 799, adressée à M. le ministre de l'action et des comptes publics.

M. Daniel Chasseing. Madame la secrétaire d'État, ma question porte sur le projet de suppression, à plus ou moins long terme, de l'ensemble des trésoreries situées sur le territoire national et leur remplacement par un ou deux services facturiers par département.

Ce projet suscite une certaine émotion chez les maires et présidents de communautés de communes, qui, il faut bien le reconnaître, n'ont pas été consultés, même s'ils en ont été informés, et ce en particulier dans le monde rural.

Ce projet, conçu par la loi de finances pour 2019, s'il était concrétisé, 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 ceux 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, les établissements publics de coopération intercommunale, éloignés des villes. Je le reconnais, à l'avenir, les choses évolueront, mais, pour l'instant, les maires ruraux s'inquiètent.

Ainsi, 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. En particulier, on se demande si les fonctionnaires seront bien au service des usagers en général dans les MSAP, les maisons de services au public, et au service rendu aux élus ruraux dans le cadre de l'établissement des budgets communaux.

Par ailleurs, qui paiera ces agents : l'État ou les collectivités territoriales ? S'il s'avérait que ce seront ces dernières, il serait regrettable – même si nous en avons l'habitude... – qu'une réforme de l'État se traduise par un transfert de charges.

Deux constatations, pour finir. D'abord, des risques résulteront de la disparition de la séparation de l'ordonnateur et du comptable, jusqu'ici l'un des fondements des finances publiques et un outil déterminant de la bonne gestion des collectivités territoriales. Ensuite, le Président de la République a annoncé lors de sa conférence de presse consécutive au grand débat, soit bien après le vote de la loi de finances pour 2019, qu'il faudrait enlever des fonctionnaires de Paris pour les remettre sur le terrain : la suppression des trésoreries ne serait-elle pas contradictoire avec cette volonté politique, que, par ailleurs, j'approuve ?

À titre personnel, je ne suis pas opposé aux réformes et j'ai bien conscience que l'administration doit évoluer en fonction de l'évolution de la société. Mais ne serait-il pas opportun d'adapter progressivement lesdites réformes, en particulier celle-ci, aux spécificités des territoires, à commencer par les territoires ruraux ? Plutôt que de supprimer toutes les perceptions d'un coup, le Gouvernement ne pourrait-il pas agir progressivement, pour laisser à celles du milieu rural le temps de s'adapter à la nouvelle donne ?

Les élus locaux attendent avec intérêt la réponse du Gouvernement sur ce sujet essentiel.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le sénateur, la réponse qu'a préparée mon collègue Olivier Dussopt étant un peu longue, je me permettrai de vous en transmettre le texte ; dans cette réponse orale, j'irai à l'essentiel.

Le maillage de la DGFIP est l'un des plus denses de l'administration d'État, avec en 2019 près de 3 600 points de contact avec les usagers, particuliers, entreprises et collectivités territoriales. 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, dont les collectivités territoriales, notamment rurales, et permettre une amélioration des conditions de travail des agents.

La DGFIP voit donc 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 relation avec le public, liés notamment 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 % du réseau. 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. Des accueils dans d'autres lieux, mutualisés avec d'autres services publics, étaient parfois prévus, mais pas de façon systématique.

À la suite des 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 fondamentalement 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 pour la population, notamment dans les territoires où le sentiment d'abandon de l'État se développe. Il entend aussi porter une attention toute particulière aux usagers qui sont peu familiers, voire éloignés 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 : d'un côté, concentrer et dématérialiser les tâches non visibles par le public pour gagner en efficacité et en rapidité de traitement, sans dégrader la qualité du service public ; de l'autre, fournir une offre de service nouvelle en augmentant très fortement les sites où un accueil physique de proximité sera assuré.

Enfin, cette évolution doit permettre également d'améliorer les prestations offertes en matière de gestion comptable et financière des collectivités territoriales. Le ministre de l'action et des comptes publics écrira personnellement cette semaine aux grands élus et à leurs associations représentatives pour leur expliquer cette démarche.

DÉMATÉRIALISATION DES MARCHÉS PUBLICS

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marc Boyer, auteur de la question n° 752, adressée à M. le ministre de l'économie et des finances.

M. Jean-Marc Boyer. Madame la secrétaire d'État, la mise en œuvre, depuis 2018, de la dématérialisation des marchés publics dans nos petites communes rurales pose de réelles difficultés. C'est le cas, notamment, dans certaines communes de mon département, le Puy-de-Dôme, qui n'ont pas toujours les moyens techniques et humains de suivre sans embûches cette procédure.

La technicité de la dématérialisation est la première raison de ces difficultés. En effet, nos petites collectivités ont pour seul personnel un secrétaire ou une secrétaire de mairie, confronté à des termes techniques qu'il n'a pas l'habitude d'utiliser, notamment pour la création du profil acheteur et l'enregistrement du dossier de consultation.

La complexification constitue une deuxième raison qui rend ce processus difficilement compréhensible : il est plus long, des étapes auparavant gérées par d'autres acteurs sont désormais prises en charge par la collectivité publique et il existe plusieurs plateformes auxquelles il faut s'adapter à chaque fois. Sans compter la complexification de la réglementation des marchés.

La procédure en ligne a aussi un coût supplémentaire : plus la commune veut de visibilité sur son offre, plus elle doit payer, ce qui restreint l'atteinte de potentiels candidats si la commune ne peut faire cet investissement.

Les problèmes rencontrés face à la dématérialisation dans nos territoires ruraux sont liés aussi à la lenteur des connexions internet, qui, j'espère, sera résolue prochainement pour l'ensemble des communes puydômoises.

En définitive, nos petites communes sont confrontées à une complexification avérée de la passation de leurs marchés publics, sans disposer des ressources humaines et techniques pour y faire face. En outre, l'accompagnement de l'État a été mineur, voire inexistant. Certaines communes ont certes pris la décision de mutualiser un accompagnement, mais ce service présente un coût élevé pour le budget d'une petite commune rurale.

Des difficultés se posent aussi pour les petites entreprises dans la réponse aux appels d'offres. En particulier, l'utilisation de la signature électronique peut être un frein à la concurrence en excluant nos petites entreprises de certains marchés qui l'exigent pour présenter une offre. Du fait du coût élevé de cette signature, de nombreuses petites entreprises n'en prennent pas le certificat, ce qui les empêche de postuler à tous les marchés auxquels elles pourraient prétendre.

Madame la secrétaire d'État, quel est votre avis sur ce dernier point ? Plus généralement, quels moyens le Gouvernement compte-t-il mettre en œuvre pour faciliter et simplifier le quotidien de nos petites communes rurales dans la passation de leurs marchés publics et quel accompagnement compte-t-il leur proposer ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le sénateur, M. le ministre de l'économie et des finances m'a chargée de vous présenter sa réponse.

La dématérialisation obligatoire de la passation des marchés publics supérieurs à 25 000 euros est en effet en vigueur depuis le 1^{er} octobre dernier.

L'objectif de cette dématérialisation, qui découle d'une obligation européenne, est de simplifier la vie des acteurs de la commande publique. Elle 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 entre 5 % et 20 % la réduction du coût administratif consécutive à la dématérialisation.

Les services du ministère n'ont pas été saisis de difficultés d'application auxquelles l'échéance du 1^{er} octobre dernier aurait donné lieu sur le terrain.

Par ailleurs, les conséquences de cette réforme sur les petites communes rurales doivent être relativisées, dans la mesure où celles-ci passent rarement des marchés d'un montant supérieur à 25 000 euros : près de 90 % des marchés conclus sont d'un montant inférieur. Il s'agit donc d'un seuil haut, et il était difficile de faire plus sans vider la réforme de son sens.

Au demeurant, le Gouvernement accompagne cette transition par 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 – acheteurs, représentant des élus locaux, fédérations professionnelles, entreprises – pour fixer la feuille de route des prochaines années. Des

guides « très pratiques » destinés aux acheteurs, mais aussi aux opérateurs économiques ont également été publiés sur le site de la direction des affaires juridiques des ministères économiques et financiers; continuellement mis à jour, ils ont rencontré un grand succès, auprès tant des acheteurs que des entreprises.

Enfin, le Gouvernement a lancé, le 15 octobre dernier, l'initiative France Num pour la transformation numérique des TPE et PME. Cette initiative a pour objectif de rassembler sous une même bannière l'ensemble des actions menées par l'État, les régions et les partenaires pour accompagner les TPE et PME vers le numérique, notamment dans le cadre des marchés publics.

CALCUL DE LA DOTATION DE SOLIDARITÉ RURALE

Mme la présidente. La parole est à M. Laurent Duplomb, auteur de la question n° 746, transmise à Mme la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales.

M. Laurent Duplomb. Madame la secrétaire d'État, nos finances locales voient chaque année plus rouge. Ce n'est pas une nouveauté: malheureusement, nos communes et nos maires s'en lamentent depuis longtemps. Mais à chaque année sa surprise...

Cette fois, c'est la dotation de solidarité rurale, communément appelée la DSR, qu'on fait disparaître pour certaines communes, comme Saint-Paulien, dans mon département, la Haute-Loire. De fait, la fraction cible de la DSR a totalement disparu des ressources de cette commune.

Cette perte importante de dotation – 95 746 euros en moins du jour au lendemain – est due au fait que cette commune n'est plus classée parmi les 10 000 communes les plus pauvres de France. Le motif de ce déclassement est l'intégration de la commune dans une nouvelle intercommunalité, plus grande, par suite des obligations d'élargissement posées par la loi NOTRe. Pour autant, les données économiques du territoire n'ont pas changé: la commune ne s'est pas enrichie et, aujourd'hui comme il y a deux ans, fait partie des 10 000 plus pauvres. Simplement, elle a été obligée d'entrer dans une intercommunalité plus grande – désormais, une communauté d'agglomération.

Et ce n'est pas tout: la DSR fraction bourg-centre et la dotation nationale de péréquation ont également baissé, de 16 981 euros à elles deux.

Au total, donc, ce sont 113 000 euros de perdus pour la commune, soit plus de 25 % du montant total de ses dotations. La situation est d'autant plus mal vécue par elle et les nombreuses autres communes qui connaissent des sorts similaires qu'elles n'ont pas reçu d'information en amont sur cette forte perte de dotation, notamment pas, madame la secrétaire d'État, lors de l'agrandissement des intercommunalités.

En effet, lorsque l'intercommunalité a été conçue, elle l'a été dans sa globalité, et les communes n'étaient pas forcées contre une réflexion sur la modification du périmètre intercommunal. En revanche, aucun élément ne leur a été donné sur les conséquences de cette évolution, alors que l'article L. 5211-41-3 du code général des collectivités territoriales prévoit de tenir compte, pour le calcul des dotations, du degré d'intégration. À mon sens, cet article a été totalement bafoué!

C'est pourquoi toutes les communes de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay qui ont perdu leur DSR cible – Dieu sait s'il y en a... – ont écrit au ministre Collomb.

Mme la présidente. Mon cher collègue, vous avez très largement dépassé votre temps de parole.

M. Laurent Duplomb. Le sujet est tellement passionnant, madame la présidente... (*Sourires.*)

Mme la présidente. Je sais bien, mon cher collègue, mais veuillez maintenant poser votre question.

M. Laurent Duplomb. Madame la secrétaire d'État, le Gouvernement a compris le problème et décidé de verser cette année aux communes concernées 50 % des sommes perdues au titre de la DSR cible. Ma question est toute simple: pour les années suivantes, comment pensez-vous assurer une sortie en sifflet ou reconnaître cette perte incompressible au départ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le sénateur, veuillez excuser Mme Jacqueline Gourault, ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, qui m'a chargée de vous répondre.

Vous l'avez interpellée sur la situation d'une commune de votre département de la Haute-Loire, Saint-Paulien, devenue inéligible à la DSR cible l'année dernière. 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 même dotation.

Les communes rurales sont classées en fonction de leur potentiel financier par habitant et du revenu par habitant. Ces deux critères assez classiques permettent de mesurer, d'une part, les moyens financiers dont dispose la commune par elle-même et, d'autre part, si ses habitants ont ou non des besoins plus importants que les autres.

Ils sont appréciés non pas dans l'absolu, mais par rapport à la situation de toutes les autres communes: ainsi, même si ses indicateurs sont stables, une commune peut perdre son éligibilité à la dotation si, dans le même temps, ceux des autres communes se dégradent, faisant apparaître des besoins relativement plus importants.

Le critère du potentiel financier dépend pour partie de l'intercommunalité à laquelle la commune appartient: une commune, en effet, n'est pas dans la même situation selon qu'elle est rattachée à une intercommunalité riche ou pauvre.

La commune de Saint-Paulien a perdu en 2018 son éligibilité à la fraction cible de la DSR sous l'effet d'une hausse importante de son potentiel financier, due en partie à son adhésion à la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay en 2017. Les données économiques du territoire ont donc bien changé.

Il n'existait pas, en 2018, de garantie de sortie permettant de lisser les effets d'une perte sèche de la DSR cible. Comme vous l'avez expliqué, monsieur le sénateur, un mécanisme de lissage destiné à corriger de tels effets a été mis en place à compter de cette année: une commune qui devient inéligible à la DSR cible perçoit désormais, l'année de sa sortie, une attribution correspondant à la moitié de la somme antérieurement perçue.

Ce mécanisme s'applique à titre exceptionnel en 2019 aux communes qui, comme Saint-Paulien, sont sorties du dispositif en 2018. Saint-Paulien voit donc sa DSR progresser de 27 % cette année, en récupérant la moitié de la fraction cible perçue en 2017.

Pour le reste de vos questions, monsieur le sénateur, je vous prie de bien vouloir vous rapprocher de Mme la ministre de la cohésion des territoires.

M. Laurent Duplomb. C'était bien la peine que je les pose !

SITUATION BUDGÉTAIRE CRITIQUE DES
MISSIONS LOCALES EN ÎLE-DE-FRANCE

Mme la présidente. La parole est à Mme Sophie Taillé-Polian, auteure de la question n° 798, adressée à Mme la ministre du travail.

Mme Sophie Taillé-Polian. Madame la secrétaire d'État, ma question porte sur la situation budgétaire critique des missions locales en Île-de-France.

Hier, lundi 3 juin, les salariés des missions locales franciliennes n'ont pas assuré l'accueil des jeunes, car, très fortement engagés dans leur travail, ils se sont mobilisés très nombreux pour maintenir la mission de service public de leurs structures au service de l'insertion socioprofessionnelle 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'assumer les enjeux territoriaux et de proximité dans le but d'accueillir et d'accompagner vers l'emploi et l'autonomie tous les jeunes, là où ils vivent. Pourtant, cette mission est menacée par le budget 2019, qui va conduire à la suppression de 70 emplois, soit la capacité d'accompagner 10 000 jeunes Franciliens.

Quelles sont les difficultés auxquelles le réseau des missions locales francilien doit faire face ?

D'abord, le financement de la garantie jeunes en Île-de-France est réduit de 45,5 % en autorisations d'engagement, bien qu'on connaisse la situation extrêmement préoccupante de la jeunesse dans la région et alors même que les crédits pour la garantie jeunes dans le budget 2019 augmentent globalement.

Ensuite, la dotation de fonctionnement pour les missions locales d'Île-de-France baisse également, de 5,5 % ; pour certaines structures, la perte peut atteindre 20 %.

Face à ces difficultés, l'association régionale des missions locales d'Île-de-France a rencontré le préfet de région, le 26 avril dernier : un rendez-vous manqué, avec des propositions bien en deçà des attentes – et même pires, sur la question du bonus-malus, c'est-à-dire du travail à l'efficacité, que les projets initiaux !

Madame la secrétaire d'État, à l'heure où les missions locales sont mobilisées sur l'ensemble des politiques publiques d'insertion dans l'emploi des jeunes, du plan Pauvreté au plan d'investissement dans les compétences en passant par la garantie jeunes, il est temps d'entendre la mobilisation de centaines de leurs personnels, qui ont un sens aigu de leur mission de service public : que comptez-vous faire pour leur répondre ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Madame la sénatrice Sophie Taillé-Polian, la ministre du travail, n'ayant pas pu se rendre au Sénat ce matin, m'a confié le soin de vous répondre.

Vous avez raison : les missions locales sont un maillon essentiel du service public de l'emploi, qui repère, accueille, oriente et accompagne les jeunes en difficulté. Comme vous l'avez souligné, elles sont en première ligne dans le plan massif d'investissement dans les compétences auquel nous consacrons 15 milliards d'euros, notamment au travers de la garantie jeunes, qui bénéficie désormais à 100 000 jeunes par an.

À ce titre, la ministre du travail a souhaité que l'effort financier de l'État en faveur des missions locales soit préservé en 2019, malgré la contrainte budgétaire que nous connaissons tous. En Île-de-France, cette décision se traduit par une quasi-stabilité des moyens qui leur sont attribués, en baisse limitée de 1,8 %. La répartition de ces crédits reste à la main des services en région, selon des critères prenant en compte les résultats, mais aussi le contexte dans lequel s'inscrit l'action des missions locales.

La ministre du travail a aussi souhaité que soit mise en œuvre à partir de cette année une globalisation des crédits de la subvention socle aux missions locales, ainsi que des crédits d'accompagnement de la garantie jeunes. Vertueuse et source de simplification dans son principe, cette réforme a pu entraîner des difficultés ponctuelles comme celles que vous évoquez.

Aussi la ministre du travail a décidé de procéder à un versement exceptionnel aux missions locales en octobre prochain. Ce versement soldera le précédent système et permet d'ores et déjà de résoudre les difficultés observées.

Madame la sénatrice, nous partageons tous le même objectif : l'emploi des jeunes. Pour mener cette bataille, il faut que les missions locales poursuivent et amplifient leurs actions auprès des jeunes et qu'elles soient bien connectées avec les problématiques d'apprentissage, d'accès à la formation et d'emploi, pour permettre à ces jeunes d'accéder à un avenir radieux, un avenir épanouissant !

Mme la présidente. La parole est à Mme Sophie Taillé-Polian, pour la réplique.

Mme Sophie Taillé-Polian. Je ne sais pas comment on peut parler d'avenir radieux pour les jeunes Franciliens quand, pas plus tard qu'hier, l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région d'Île-de-France a souligné dans un rapport la très forte paupérisation des quartiers populaires de la région...

J'ai compris que la baisse serait maintenue, ce qui est extrêmement grave dans la situation sociale actuelle : ce n'est pas ainsi qu'on mobilisera les salariés des missions locales pour les jeunes, ni les jeunes eux-mêmes pour qu'ils trouvent les moyens de construire correctement leur avenir !

STRUCTURES D'ACCUEIL DE JEUNES

Mme la présidente. La parole est à Mme Monique Lubin, auteure de la question n° 800, adressée à Mme la ministre du travail.

Mme Monique Lubin. Madame la secrétaire d'État, j'attire l'attention du Gouvernement sur les difficultés que pourrait entraîner pour certains lieux de vie et d'activités, définis notamment par l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, 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.

Dans mon département, l'association L'Escalpe est tout particulièrement concernée. Cette structure accueille des jeunes préadolescents à titre temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet avec hébergement en internat et encadrement par des équipes qualifiées. Ce travail est mené en partenariat avec le conseil départemental, l'éducation nationale et la protection judiciaire de la jeunesse. L'association bénéficie d'un autre agrément, pour accueillir, pendant les week-ends et les périodes de vacances scolaires, six enfants ou préadolescents âgés de 8 à 14 ans.

Pour cette mission, elle dispose de deux équipes de deux éducateurs permanents, aidées d'un salarié en contrat emploi d'avenir. Du fait de la spécificité de leur mission, les emplois du temps de ces personnels présentent des amplitudes horaires très importantes, rendant impossible l'application des règles de droit commun. L'association devrait en conséquence bénéficier du dispositif dérogatoire prévu à l'article L. 433-1 du code de l'action sociale et des familles, aux termes duquel les permanents responsables de la prise en charge exercent sur le lieu d'accueil un accompagnement nécessairement continu et quotidien des personnes accueillies.

Alors que la mise en œuvre de ce dispositif dérogatoire est subordonnée à l'application de modalités de suivi de l'organisation du travail des salariés définies par voie de décret, mentionné au cinquième alinéa du même article, il semble à ce jour qu'aucun décret n'ait été publié, ce qui pourrait susciter des difficultés d'application et favoriser l'émergence de contentieux de nature à remettre en cause l'existence même de ces structures.

Madame la secrétaire d'État, ces lieux d'accueil doivent être sécurisés : le décret d'application va-t-il paraître ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Madame la sénatrice Monique Lubin, je vous réponds en lieu et place de Muriel Pénicaud, ministre du travail, qui n'a pas pu se présenter devant le Sénat ce matin.

Vous vous inquiétez de la situation des lieux de vie et de leurs salariés permanents et assistants permanents, dont la réglementation en matière de durée du travail dépend d'un régime spécifique, inscrit à l'article L. 433-1 du code de l'action sociale et des familles. Cet article renvoie à un décret, qui à ce jour n'a pas été pris, relatif aux modalités de suivi de l'organisation du travail de ces salariés.

Vous vous interrogez aussi sur la nécessité d'adaptations législatives ou réglementaires afin de sécuriser le régime prévu à cet article.

Dans un arrêt récent, la Cour de cassation a considéré que l'absence de décret d'application de l'article L. 433-1 du code de l'action sociale et des familles fait obstacle à l'application du régime prévu par ce texte pour ces salariés. Elle a estimé que, faute de mise en place de modalités de suivi de l'organisation du travail des salariés par un décret, comme la loi le prévoit, l'exigence constitutionnelle de droit à la santé et au repos des salariés n'était pas assurée.

Or la présence de permanents auprès des publics fragiles est une nécessité et justifie des dérogations. C'est donc à raison que vous souhaitez une fondation juridique solide à ce régime dérogatoire, d'autant plus nécessaire depuis l'arrêt que j'ai mentionné.

Je rappelle que la directive 2003-88-CE concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail organise la protection des salariés en matière de durée du travail et permet des dérogations dans le droit national, notamment pour les activités de garde, de surveillance et de permanence caractérisées par la nécessité d'assurer la protection des biens et des personnes. 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 du ministère du travail, en liaison avec ceux du ministère des solidarités et de la santé, étudient actuellement les possibilités de sécuriser ce dispositif.

RENOUVELLEMENT DES CONCESSIONS
HYDROÉLECTRIQUES ET CONSÉQUENCES
TERRITORIALES

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Yves Roux, auteur de la question n° 757, adressée à M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire.

M. Jean-Yves Roux. La Commission européenne a lancé voilà quelques semaines 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 concernés, 150 verront leur concession arriver à échéance d'ici à 2023.

Or la ressource en eau et la contractualisation de ses usages ne constituent pas un bien commun comme les autres, soumis, comme les autres, à la concurrence. L'efficacité de notre politique énergétique en dépend, l'eau étant la première source d'énergie renouvelable.

L'efficacité de notre politique d'adaptation au réchauffement climatique, comme Ronan Dantec et moi-même le soulignons dans le rapport d'information que nous venons de publier au nom de la délégation sénatoriale à la prospective, dépend, elle aussi, de notre capacité à préserver pleinement la ressource en eau, notamment dans le sud de la France.

En outre, des bassins d'emplois et de vie dépendent aussi des choix de gestion qui pourraient être retenus sur le long terme.

Dans les Alpes-de-Haute-Provence, le barrage de Serre-Ponçon, édifié sur la Durance, est l'une des principales centrales hydrauliques de notre pays. Or, même si le métier historique de cette centrale est la production électrique, les barrages participent de la gestion de l'eau destinée à l'irrigation, à la régulation des crues et à l'eau potable. Les retenues d'eau suscitent aussi une importante activité touristique en été autour du lac de Serre-Ponçon. Ces activités multiusages font vivre toute une économie locale. Elles constituent également une source de revenus non négligeable pour les collectivités territoriales, qui connaissent mieux que quiconque la valeur de la ressource en eau.

Madame la secrétaire d'État, la gestion optimale des usages de l'eau du barrage de Serre-Ponçon semble à ce jour incompatible avec le morcellement des acteurs qui pourrait être lié à une éventuelle privatisation. Nous avons besoin du Gouver-

nement français aux côtés des élus des Alpes-de-Haute-Provence pour défendre une gestion ambitieuse des activités multiusages et du bassin de vie de la centrale hydraulique de notre département.

Où donc en est la procédure d'infraction, et quelle position le Gouvernement va-t-il tenir auprès de la nouvelle Commission européenne ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Brune Poiron, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Monsieur le sénateur Roux, vous soulevez une question tout à fait fondamentale et sur laquelle nous travaillons beaucoup et dialoguons tout autant avec la Commission européenne.

Le droit français prévoit que les concessions hydroélectriques échues doivent être renouvelées par mise en concurrence. J'y insiste : il ne s'agit pas d'une privatisation, puisque l'État demeurera propriétaire des ouvrages et exercera un contrôle fort sur l'exploitation, *via* le contrat de concession.

Eu égard aux enjeux sociaux, économiques et écologiques liés à l'hydroélectricité, les gouvernements successifs se sont donné le temps de préparer la mise en concurrence des concessions hydroélectriques avec l'ensemble des acteurs.

Ces réflexions et les travaux parlementaires sur le sujet ont abouti à plusieurs mesures inscrites, sous le précédent gouvernement, dans la loi relative à la transition énergétique pour la croissance verte : la possibilité pour les collectivités territoriales d'être associées à la concession dans le cadre d'une société d'économie mixte hydroélectrique ; la possibilité de prolongations contre travaux dans le respect de la directive Concession ; l'option de regrouper des concessions hydrauliquement liées pour faciliter leur exploitation et leur sûreté. Cette dernière possibilité répondra, monsieur le sénateur, à votre préoccupation sur la Durance.

Le barrage de Serre-Ponçon, ouvrage de tête de la chaîne hydroélectrique de la Durance, joue un rôle essentiel, aussi bien pour la production électrique que pour l'irrigation et l'alimentation en eau potable, dans une région marquée par un fort déficit en eau pendant l'été. Le fonctionnement de ses aménagements a aussi un effet sur les nombreuses activités touristiques du lac, que nous connaissons tous, de Serre-Ponçon. Leur regroupement permettrait de prendre en compte les enjeux que vous soulevez, monsieur le sénateur, en assurant leur exploitation par un concessionnaire unique.

En ce qui concerne la procédure de mise en concurrence prévue par le code de l'énergie, elle prévoit une démarche d'écoute, de dialogue et de concertation. Ainsi, les différents enjeux, comme le tourisme ou le soutien à l'irrigation, pourront être discutés, et les différents usages intégrés, le cas échéant, à la nouvelle concession.

J'ajoute que les personnels, bien sûr, resteront en place.

Tel est, monsieur le sénateur, l'état d'esprit dans lequel nous poursuivons les discussions avec la Commission européenne. La France se bat pour ses barrages hydroélectriques, et notre position n'est pas toujours conforme à ce que souhaite la Commission européenne. Il faut continuer à défendre les positions françaises, et je vous remercie de votre vigilance à cet égard.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Yves Roux, pour la réplique.

M. Jean-Yves Roux. Je vous remercie de cette réponse rassurante, madame la secrétaire d'État. J'espère que vous veillerez à nous tenir informés, nous les élus, qui sommes très inquiets par rapport à ces aménagements.

NAVIGATION FLUVIALE DANS LE DÉPARTEMENT DES ARDENNES

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Laménie, auteur de la question n° 780, adressée à Mme la ministre auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire, chargée des transports.

M. Marc Laménie. Madame la secrétaire d'État, je souhaite vous faire part de mes vives inquiétudes quant aux menaces qui pèsent actuellement sur la voie d'eau dans le département des Ardennes et à l'échelon national, compte tenu de la réduction des moyens humains et financiers mis à la disposition des services de Voies navigables de France, ou VNF.

Le rapport d'activité de VNF pour l'année 2018, intitulé *Pensez fluvial*, souligne que « le fluvial est un écosystème vertueux », qui « répond aux trois piliers écologique, social et économique du développement durable. » L'établissement public précise d'ailleurs qu'il « assure un service public essentiel. »

Depuis juin 2018, depuis un an donc, le trafic fluvial est totalement interrompu sur le canal des Ardennes entre Le Chesne et Attigny à la suite de l'effondrement de l'écluse n° 21, située dans la commune de Neuville-Day, dont j'ai été le maire durant seize ans, et ce à cause du débordement d'un ruisseau après de fortes pluies d'orage.

Les délais de reconstruction de cette écluse ne sont toujours pas connus. Cette situation a des conséquences dramatiques pour l'économie locale en raison de l'arrêt total de la navigation qui soutient le tourisme fluvial dans cette vallée de vingt-six écluses.

Par ailleurs, une branche du canal de Vouziers est totalement inutilisable du fait de l'absence d'entretien et de l'envasement.

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

Parallèlement, de vives inquiétudes subsistent sur le devenir de la navigation fluviale – notamment en ce qui concerne le fret – sur le fleuve Meuse, depuis le sud de Verdun jusqu'à Givet à la frontière belge.

En effet, même si l'on déplore l'arrêt du trafic français de fret par péniches, le tourisme fluvial constitue une priorité importante, comme en témoignent les efforts consentis par l'ensemble des collectivités locales : conseil départemental, intercommunalités, communes, région et Europe.

De plus, la voie verte Sedan-Charleville-Mézières-Givet, pour laquelle le conseil départemental des Ardennes s'est beaucoup investi, est un équipement extrêmement remarquable.

Enfin, il convient de rappeler le programme d'investissement portant sur la modernisation des barrages sur la Meuse et sur l'Aisne, soit plus de 300 millions d'euros dans le cadre d'un partenariat public-privé.

Au regard de cette situation, madame la secrétaire d'État, je souhaite connaître les mesures que l'État et VNF comptent prendre pour maintenir le trafic fluvial à la fois sur le canal des Ardennes et sur la Meuse.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Monsieur le sénateur Laménie, le réseau de voies navigables géré par Voies navigables de France a souffert de décennies de sous-investissement et compte, pour cette raison, nombre de faiblesses, comme en témoigne l'avarie de l'écluse de Neuville-Day.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement, dans le cadre du projet de loi d'orientation des mobilités, augmente significativement les subventions versées par l'Afif, l'Agence de financement des infrastructures de transport de France, à VNF.

En plus d'accroître les ressources propres de l'opérateur, cette hausse devra marquer un point d'arrêt à la dégradation du réseau. L'objectif est en effet de renforcer sa fiabilité. Ainsi, VNF a déjà pu engager les premières phases de remise en état de l'écluse de Neuville-Day.

Par ailleurs, dans son rapport remis au début de l'année 2018, le Conseil d'orientation des infrastructures pointe le fait que certaines voies navigables n'ont plus vocation à transporter du fret et n'ont plus de réel potentiel touristique. On y circule très peu, voire pas du tout.

Néanmoins, ces voies conservent de nombreux usages : patrimoine paysager, véloroute, alimentation hydraulique ou encore activités nautiques. Il est donc légitime d'examiner, pour chaque voie, les usages en cours et ceux qui pourraient se développer, afin d'adapter les niveaux de service et les priorités d'investissement.

C'est la démarche prospective qui a été engagée par VNF dans le cadre de la préparation de son contrat d'objectifs et de performance. La Meuse, de Charleville-Mézières à Givet et jusqu'à la frontière belge, fait l'objet d'une véritable structuration touristique que VNF souhaite pérenniser.

Pour les autres secteurs, un travail collaboratif avec les collectivités doit permettre de dégager des partenariats et de redynamiser certaines voies. Ces politiques partenariales pourraient utilement figurer dans le contrat d'objectifs et de performance que VNF est en train d'élaborer.

Je tiens, enfin, à souligner que toute adaptation des niveaux de service et des itinéraires dans le cadre de ce contrat d'objectifs et de performance ne pourra se faire qu'en liaison avec les collectivités locales, en fonction des projets que celles-ci portent et des partenariats qu'elles proposent. Ces changements se feront donc sous votre regard vigilant, monsieur le sénateur, puisque je vous sais très attentif à ce sujet.

PROJETS DE FERMETURES DE GARES ET
GUICHETS DE LA SNCF DANS LE CALVADOS

Mme la présidente. La parole est à Mme Corinne Féret, auteure de la question n°788, adressée à Mme la ministre auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire, chargée des transports.

Mme Corinne Féret. Madame la secrétaire d'État, nombreux sont les élus locaux et les citoyens, usagers de la SNCF, qui s'inquiètent des évolutions relatives à la présence du service public ferroviaire dans les territoires. Dans mon département du Calvados, on déplore déjà des fermetures de guichets et des réductions d'horaires : ceux-ci voient donc naturellement d'un mauvais œil les nouvelles menaces pesant sur plusieurs guichets et gares, notamment à Vire, Dives-Cabourg ou Pont-l'Évêque.

Le motif généralement invoqué pour justifier la fermeture des guichets 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. D'autre part, il est important de rappeler la réalité des zones blanches et de la fracture numérique dans notre pays, puisque 13 millions de Français n'utilisent pas ou peu internet, en raison des difficultés que son usage leur pose.

Dans le Calvados comme ailleurs, ces projets de fermetures 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 évidemment pouvoir se déplacer pour aller travailler ou se soigner, et n'ont souvent pas d'autre choix que de prendre le train.

Cette situation renforce l'éloignement et le délitement des services publics, accentuant le sentiment d'abandon des populations, particulièrement en zone rurale. Il est regrettable de priver progressivement les usagers de la SNCF de la possibilité d'avoir un accueil physique de proximité, et de pouvoir échanger 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 qui sont concernées par des suppressions ou des réductions du nombre de leurs guichets.

De même, à l'heure où le projet de loi d'orientation des mobilités est en débat à l'Assemblée nationale, pouvez-vous me préciser les mesures que le Gouvernement entend 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, afin qu'aucune fermeture de gare ou de guichet ne soit plus décidée sans accord préalable, et sans que des solutions de substitution raisonnables et adaptées au territoire soient proposées ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Brune Poirson, secrétaire d'État auprès du ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. Madame la sénatrice Féret, permettez-moi de rappeler que la politique d'ouverture des guichets et des bâtiments des gares régionales relève de la contractualisation entre l'opérateur et les régions.

En effet, en tant qu'autorités organisatrices des services ferroviaires régionaux, ce sont les régions qui supportent les coûts de distribution. Compte tenu de la transformation des comportements d'achat des clients et dans un contexte d'optimisation de la dépense publique, il est compréhensible que celles-ci veillent à un équilibre satisfaisant entre l'intérêt du service offert aux voyageurs et son coût pour les contribuables.

Le Gouvernement reste par ailleurs attaché à ce que SNCF Mobilités, en liaison avec les régions et les élus locaux, examine les moyens de substitution pour accompagner les usagers en cas de fermeture de guichets : il peut s'agir, par exemple, de confier la distribution des titres de transport régional à des partenaires implantés à proximité de la gare, tels que, entre autres, un office de tourisme ou un marchand de journaux.

Cela dit, l'État, en application du principe constitutionnel de libre administration des collectivités territoriales, n'intervient pas dans ces choix.

Mme la présidente. La parole est à Mme Corinne Féret, pour la réplique.

Mme Corinne Féret. J'entends bien votre réponse, madame la secrétaire d'État, mais il me semble que le Gouvernement, en particulier la ministre des transports, pourrait influencer et insister auprès des collectivités régionales pour que la demande de proximité et d'écoute et que la réponse attendue dans nos territoires ruraux puissent être prises en compte.

RELATIONS COMMERCIALES AU SEIN DES RÉSEAUX DE
DISTRIBUTION DANS LE SECTEUR DU BRICOLAGE

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Canevet, auteur de la question n° 804, adressée à M. le ministre de l'économie et des finances.

M. Michel Canevet. Monsieur le secrétaire d'État, je souhaite attirer l'attention du Gouvernement sur les relations commerciales au sein des réseaux de distribution dans le secteur du bricolage.

Ces dernières décennies, on a observé la fermeture de nombreuses quincailleries dans nos communes au profit de moyennes et grandes surfaces dédiées au bricolage et à l'aménagement. Il me semble pourtant impératif que des enseignes de proximité demeurent pour des considérations d'aménagement du territoire et de service à la population.

Plusieurs adhérents au réseau de l'enseigne Weldom se sont trouvés mis en difficulté par des pratiques du réseau leur étant préjudiciables. Beaucoup de magasins ont fermé dans l'ouest, notamment dans les villes de Crozon, Châteaubriant, Brest et Plouarzel, ce qui est particulièrement regrettable.

Ces adhérents ont été amenés à saisir les services déconcentrés de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, la 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 – la Direccte – de Bretagne depuis 2016 ayant été transmis à la DGCCRF et, donc, au ministère de l'économie et des finances, je souhaite connaître les suites concrètes qui y ont été données, en particulier pour ce qui concerne les pratiques commerciales dans le secteur du commerce du bricolage.

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Gabriel Attal, *secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse.* Monsieur le sénateur Canevet, vous interrogez le Gouvernement sur les relations commerciales au sein des réseaux de distribution dans le secteur du bricolage.

Garante de l'ordre public économique, la DGCCRF veille à l'équilibre des relations commerciales au bénéfice de nos entreprises et de l'économie française dans son ensemble. Les relations équilibrées entre les entreprises sont en effet indispensables au développement et, parfois, à la survie de nos PME et, donc, au dynamisme de notre économie. C'est pourquoi elles sont l'une des priorités que le ministère de l'économie a fixées à cette direction.

La DGCCRF est également fortement mobilisée pour garantir le contrôle de la loyauté des relations commerciales et s'assurer que les déséquilibres dans le pouvoir de négociation n'engendrent pas de déséquilibres contractuels, synonyme de difficultés économiques pour les filières. C'est évidemment le cas dans le domaine de la distribution alimentaire, secteur dans lequel le ministère s'est particulièrement impliqué avec les États généraux de l'alimentation.

Mais au-delà de cette action emblématique, la DGCCRF est également mobilisée dans d'autres secteurs : le numérique, tout d'abord, mais aussi la franchise, que vous avez évoquée. Des enquêtes ont ainsi été réalisées dans le secteur de l'habillement, du chocolat ou encore de la restauration rapide, et ont conduit à ce que le ministre de l'économie et des finances assigne de grands franchiseurs devant le tribunal de commerce de Paris, comme Subway l'année dernière.

Concernant le cas particulier auquel vous faites allusion et qui concerne la relation franchiseur-franchisé dans le domaine du bricolage, la question a d'ores et déjà été tranchée par un tribunal qui a rendu un jugement, devenu définitif, ayant donné tort aux plaignants.

Au-delà de cet exemple, je peux vous assurer de la pleine mobilisation du ministère de l'économie et des finances pour protéger les entreprises dans le secteur du bricolage comme dans tous les autres secteurs de notre économie.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Canevet, pour la réplique.

M. Michel Canevet. Monsieur le secrétaire d'État, je ne suis pas particulièrement satisfait de votre réponse. En effet, il me semble impératif de faire en sorte que, dans le secteur du bricolage en particulier, les relations commerciales entre franchiseurs et franchisés soient les plus sereines et les plus loyales possible.

Ce n'est pas le cas aujourd'hui, on le sait bien, puisque certaines remises de fin d'année ne sont pas reversées aux franchisés. On sait aussi qu'il existe des marges absolument considérables, qui obligent les commerçants à vendre beaucoup plus cher, ce qui les rend, de fait, moins compétitifs.

En tout cas, il faut que les services de la DGCCRF s'impliquent davantage et examinent d'un peu plus près les relations dans un secteur, celui du bricolage, qui est déjà relativement concentré dans notre pays.

PROTECTION DES ABEILLES CONTRE LES
FRELONS ASIATIQUES

Mme la présidente. La parole est à Mme Patricia Morhet-Richaud, auteure de la question n° 745, adressée à M. le ministre de l'agriculture et de l'alimentation.

Mme Patricia Morhet-Richaud. Ma question s'adressait à M. le ministre de l'agriculture et de l'alimentation.

Dans nos départements, nous assistons à la prolifération du frelon asiatique – *Vespa velutina nigrithorax* –, notamment dans les Hautes-Alpes, où la survie des colonies d'abeilles est en jeu et, par conséquent, l'avenir de l'apiculture compromis.

Reconnu comme espèce exotique envahissante 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 représente. Le frelon asiatique est d'ailleurs classé à l'échelon national 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 contre le frelon asiatique 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, comment imaginer venir à bout de ce fléau ?

Depuis plusieurs années, 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. Or force est de constater qu'aucun moyen de lutte efficace n'a été validé à ce jour, malgré des expérimentations réussies et des initiatives prises notamment par les professionnels, qui permettent de capturer les reines et de neutraliser les nids.

C'est pourquoi, monsieur le secrétaire d'État, je souhaiterais connaître les moyens et les délais envisagés pour lutter contre le frelon asiatique.

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse. Madame la sénatrice Morhet-Richaud, je vous prie d'excuser l'absence du ministre de l'agriculture et de l'alimentation, Didier Guillaume, à qui votre question s'adressait : en effet, il est actuellement en déplacement à Bucarest pour un Conseil de l'Union européenne et m'a chargé de vous donner lecture de la réponse qu'il a préparée à votre intention.

Depuis la découverte du frelon asiatique – *Vespa velutina nigrithorax* – en France en 2004, plusieurs textes législatifs et réglementaires ont été adoptés, au niveau tant européen que national, dans l'objectif de limiter la diffusion de cette espèce exotique envahissante et de lutter contre sa présence.

Les dangers sanitaires auxquels expose cette espèce sont susceptibles d'être réglementés par le ministère de l'agriculture, mais également par le ministère de la transition écologique et solidaire dans le cadre des enjeux liés à la biodiversité.

Au regard du degré d'envahissement du territoire métropolitain par l'espèce, les opérations de lutte contre le frelon asiatique, qui exigent des moyens humains et techniques, ne sont pas prises en charge par l'État. La destruction des nids reste à la charge des particuliers et peut être, le cas échéant, pris en charge en tout ou partie par des financements locaux émanant de collectivités territoriales.

Dans le cadre de la réglementation sur les dangers sanitaires mise en œuvre par le ministère de l'agriculture et de l'alimentation, la *Vespa velutina nigrithorax* est classée dans la liste des dangers sanitaires de deuxième catégorie, ou DS2.

Cela implique que l'élaboration et le déploiement d'une stratégie nationale de prévention, de surveillance et de lutte sont de la responsabilité de la filière apicole, l'État pouvant apporter son appui sur le plan réglementaire, notamment en imposant des actions aux apiculteurs pour favoriser la réussite de cette stratégie.

Or, actuellement, aucune stratégie collective contre ce frelon n'est reconnue comme efficace. Ce constat est partagé par les membres du comité d'experts apicole du Conseil national d'orientation de la politique sanitaire animale et végétale.

Afin d'y remédier, le ministère de l'agriculture et de l'alimentation subventionne des actions de recherche, qui visent à valider des méthodes de lutte contre le frelon en tenant compte de leur efficacité et de leur innocuité sur l'environnement, dont la méthode de piégeage collectif des fondatrices au printemps.

Une fois qu'une ou plusieurs méthodes auront été validées, une stratégie nationale pourra être mise en place et s'appuyer sur cette démarche. Dans cette attente, et pour les raisons que je viens d'indiquer, aucune mesure obligatoire ne peut être imposée, même si le Gouvernement est évidemment parfaitement conscient des enjeux que vous avez évoqués.

Mme la présidente. La parole est à Mme Patricia Morhet-Richaud, pour la réplique.

Mme Patricia Morhet-Richaud. Monsieur le secrétaire d'État, votre réponse ne me convient que partiellement. Quinze ans se sont écoulés depuis l'arrivée du frelon en 2004 : c'est beaucoup trop long ! Toutes les colonies d'abeilles sont aujourd'hui en danger en France. Il y a donc une réelle urgence à valider des dispositifs collectifs de lutte contre le frelon asiatique. Merci de bien vouloir tout mettre en œuvre pour y parvenir.

PRIVATISATION D'AÉROPORTS DE PARIS ET GARANTIES

Mme la présidente. La parole est à M. Laurent Lafon, auteur de la question n° 733, adressée à M. le ministre de l'économie et des finances.

M. Laurent Lafon. Ma question porte sur les garanties et, plus précisément, sur les sanctions en cas de non-respect des règles en matière de limitation des vols sur l'aéroport d'Orly.

À l'occasion de la privatisation du groupe Aéroports de Paris, ADP, les élus locaux et les associations de riverains ont fait savoir qu'ils estimaient 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 réglementation de l'aéroport d'Orly a évolué : une période de couvre-feu s'étendant de 23 heures 30 à 6 heures 15 du matin, ainsi qu'un plafonnement des vols annuels, fixé à environ 200 000 mouvements, ont été inscrits dans la loi. En revanche, aucune sanction n'a été prévue en cas de non-respect de cette nouvelle réglementation.

Or la privatisation d'ADP change forcément la nature des relations entre l'État et ADP, 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. En tout cas, il est nécessaire qu'un cadre soit fixé en amont de cette nouvelle organisation.

Monsieur le secrétaire d'État, êtes-vous en mesure de nous préciser les sanctions envisagées et appliquées en cas de non-respect de ces règles d'exploitation de l'aéroport d'Orly? Quelle serait la nature de ces sanctions? Sont-elles prévues dans le cahier des charges ou entendez-vous compléter le dispositif législatif?

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse. Monsieur le sénateur Lafon, vous interrogez le Gouvernement sur les garanties liées à la privatisation d'Aéroports de Paris.

Je tenais tout d'abord à vous préciser que le Gouvernement a soutenu l'inscription de l'amendement que vous mentionnez dans le projet de loi Pacte, lequel permet de sanctuariser les restrictions d'exploitation. Il s'agit d'une garantie importante contre les nuisances sonores pour les riverains, qui figure désormais dans le cadre de ce texte.

Le Gouvernement s'est attaché à ce que l'opération de privatisation d'Aéroports de Paris soit entourée de toutes les garanties nécessaires pour tenir compte des préoccupations des parties prenantes et, d'abord, évidemment, des riverains.

S'agissant de votre question, la loi Pacte prévoit des sanctions pécuniaires en cas de non-respect des obligations prévues dans le cahier des charges de la société. Par ailleurs, en cas de manquement d'une particulière gravité à ses obligations légales et réglementaires par ADP, l'État peut mettre fin de manière totale ou partielle à la mission confiée à ADP, c'est-à-dire l'exploitation des aérodromes franciliens.

En cas de violation de ces règles, les pouvoirs dont dispose l'État en application du cahier des charges sont donc très larges et dissuasifs, ce qui est de nature à répondre de manière adéquate aux préoccupations encore une fois légitimes que vous exprimez.

Par ailleurs, l'inscription du plafond de mouvements et du couvre-feu dans la loi, ainsi que dans le cahier des charges d'ADP, laisse inchangé le dispositif de sanctions applicable à ces restrictions d'exploitation: l'Autorité de contrôle des nuisances aéroportuaires continuera de sanctionner les manquements commis par les compagnies aériennes en contravention avec les règles environnementales, quel que soit le support réglementaire de ces dernières.

Le code des transports prévoit des amendes administratives en cas de non-respect de ce type de mesures d'un montant maximum de 40 000 euros.

Néanmoins, en 2018, aucune amende n'a été infligée, car les restrictions sont respectées et les compagnies retardataires qui se poseraient trop tardivement à l'aéroport en l'absence de dérogation sont déroutées. Ce fut le cas pour dix-neuf vols l'an passé.

Nous pouvons vous l'assurer: le dispositif restera inchangé avec les modifications législatives et les modifications du cahier des charges d'ADP envisagées.

DIFFICULTÉS CRÉÉES PAR LA RÉFORME DU RÉGIME DE LA TAXE DE SÉJOUR

Mme la présidente. La parole est à M. Mathieu Darnaud, auteur de la question n°774, adressée à M. le ministre de l'action et des comptes publics.

M. Mathieu Darnaud. Ma question s'adressait à M. le ministre de l'action et des comptes publics.

Monsieur le secrétaire d'État, depuis la réforme instaurée par la loi de finances rectificative pour 2017, qui modifie le régime de la taxe de séjour, les hébergeurs, les établissements publics de coopération intercommunale et les offices de tourisme sont confrontés à des difficultés kafkaïennes comme notre pays peut en avoir le secret.

En effet, on constate de nombreux dysfonctionnements en raison de 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 tarification est particulièrement lourde à calculer pour les hébergeurs, car ils doivent réévaluer le montant de la taxe à chaque réservation.

De plus, les plateformes de vente en ligne sont à présent chargées de collecter la taxe de séjour avant de la reverser aux collectivités, qui déplorent un manque de transparence, ainsi qu'une absence totale de contrôle. Cela vient notamment du fait que les plateformes ne tiennent pas compte du classement des hébergements qu'elles proposent, et collectent donc au barème unique et réduit des meublés de tourisme non classés.

Ne disposant à ce jour d'aucune liste officielle des plateformes de réservation en ligne qui collectent la taxe de séjour sur leur territoire, les collectivités sont préoccupées par l'éventualité que le produit de cette taxe devienne très aléatoire.

Tous ces dysfonctionnements risquent d'avoir des effets très défavorables sur les budgets 2019 des EPCI ou des offices de tourisme percevant la taxe de séjour qui jouent, comme c'est le cas dans mon département de l'Ardèche, un rôle essentiel dans le financement de la politique de tourisme.

Au regard de ces observations, M. le ministre envisage-t-il des adaptations pour remédier le plus rapidement possible aux difficultés rencontrées en la matière tant par les collectivités que par les hébergeurs?

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse. Monsieur le sénateur Darnaud, les articles 44 et 45 de la loi de finances rectificative pour 2017 et l'article 162 de la loi de finances pour 2019 ont institué une réforme importante de la taxe de séjour à compter du 1^{er} janvier 2019.

Cette réforme repose sur deux mesures principales.

D'une part, les plateformes en ligne qui sont intermédiaires de paiement pour le compte de loueurs non professionnels doivent désormais collecter obligatoirement la taxe de séjour à la place des hébergeurs. D'autre part, les hébergements sans classement ou en attente de classement sont soumis non plus à un tarif, mais à un taux, adopté par les communes et les EPCI, compris entre 1 % et 5 % et appliqué au coût par personne et par nuitée.

Cette réforme représente une avancée, qui accroîtra le rendement de la taxe de séjour pour les collectivités et qui améliorera l'équité de traitement entre les professionnels du tourisme et les acteurs issus de la nouvelle économie.

La taxation proportionnelle n'est ni démesurément complexe ni particulièrement lourde. Le montant de la taxe de séjour appliquée aux hébergements sans classement est égal au produit entre le prix par personne de la nuitée et le taux adopté par la commune ou l'intercommunalité. Son montant est plafonné. Ces informations sont connues des hébergeurs et des plateformes, qui disposent au surplus d'un

fichier public mis en ligne par les services de la DGFIP et qui recense le contenu de toutes les délibérations applicables sur le territoire national.

Il n'existe effectivement aucune liste officielle des plateformes de réservation susceptibles de collecter la taxe de séjour. L'établissement d'une telle liste est impossible, car de multiples acteurs locaux, nationaux et internationaux seraient susceptibles d'y figurer.

En effet, la notion d'intermédiaires de paiement pour le compte de loueurs non professionnels recouvre à la fois des plateformes internationales comme Airbnb ou Booking, mais également des agences de voyages ou des agences immobilières. L'existence d'une telle liste, qui, par construction, ne saurait être exhaustive, pourrait conduire à faire croire aux acteurs qui n'y figureraient pas qu'ils seraient dispensés de la collecte de la taxe et, donc, à accroître l'instabilité.

En outre, la loi de finances pour 2019 a considérablement enrichi les informations transmises aux collectivités locales et augmenté les sanctions juridictionnelles applicables en cas de manquement des hébergeurs ou des plateformes. Désormais, chaque commune ou intercommunalité recevra chaque année un état déclaratif complet, dans lequel figureront toutes les informations utiles pour vérifier l'exhaustivité de la collecte de la taxe de séjour.

Enfin, le risque d'une perte de recettes pour les collectivités locales ne semble pas avéré. Entre 2012 et 2018, le produit de la taxe de séjour a progressé de 78 %. Aucune autre imposition locale n'a connu un tel dynamisme. Le rendement de la taxe de séjour a augmenté de 8 % entre 2017 et 2018, date à laquelle certaines plateformes ont commencé à la collecter partiellement. Dès lors, la généralisation de la collecte pour certaines plateformes conduira vraisemblablement, malgré les ajustements qu'elle demande à celles-ci, à collecter un produit de taxe de séjour qui ne l'était pas avant 2019.

Monsieur le sénateur, j'espère avoir répondu à vos inquiétudes.

Mme la présidente. La parole est à M. Mathieu Darnaud, pour la réplique.

M. Mathieu Darnaud. Malheureusement, monsieur le secrétaire d'État, vous n'avez pas réussi à me rassurer ni à apaiser les inquiétudes qui sont celles, à la fois des offices de tourisme et des établissements publics de coopération intercommunale.

Malgré les précisions que vous venez d'apporter, force est de constater qu'il demeure un grand flou. Il est aujourd'hui grand temps d'y mettre fin : nous serons vigilants sur le fait que la loi de finances pour 2019 lève ses ambiguïtés et saurons vous le rappeler si cela n'est pas le cas.

MISSION DE CONTRÔLE DE L'OBLIGATION SCOLAIRE

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Fournier, auteure de la question n° 750, adressée à M. le ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse

Mme Catherine Fournier. Selon l'article L. 131-6 du code de l'éducation, le maire est tenu de dresser, chaque année, à la rentrée scolaire, la liste de tous les enfants soumis à l'obligation scolaire et résidant dans sa commune. En complément, l'article R. 131-4 du même code dispose qu'il doit communiquer au directeur académique la liste des enfants manquants.

Il est ainsi indiqué que le maire peut mettre en œuvre un traitement automatisé de données des enfants concernés et précise les leviers mis à sa disposition. En l'occurrence, je cite l'article L. 131-6 : ces données « lui sont transmises par les organismes chargés du versement des prestations [sociales] ainsi que par l'autorité de l'État compétente en matière d'éducation ».

Certains maires du Pas-de-Calais, ayant tenté de se rapprocher de la caisse d'allocations familiales, la CAF, se sont vu opposer une fin de non-recevoir. Par ailleurs, les familles ne sont pas nécessairement allocataires auprès d'elle ; il est dès lors difficile de recenser les « enfants manquants ».

Comment faire, en pratique, pour repérer les enfants qui ne sont inscrits dans aucun établissement scolaire ou suivraient une instruction à domicile ?

Lors de l'examen du projet de loi pour une école de la confiance, j'ai déposé un amendement tendant à prévoir que les organismes précités, dès qu'un maire leur en faisait la demande, envoient systématiquement et chaque année la liste des enfants concernés. Les maires pourraient ainsi disposer de l'ensemble des éléments leur permettant de remplir correctement leur mission.

Cet amendement a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, alors que la disposition est bien inscrite dans la loi, mais, on le constate, mal appliquée.

Monsieur le secrétaire d'État, quel dispositif complet, effectif et, donc, efficace pouvez-vous mettre en place afin de simplifier la mission des maires ?

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse. Vous avez raison, madame la sénatrice Fournier, certaines communes rencontrent des difficultés matérielles et techniques pour identifier tous les enfants concernés sur leur territoire. Bien évidemment, l'abaissement de l'âge de la scolarité obligatoire à 3 ans, en amplifiant cette situation, appelle une attention toute particulière.

La réponse, c'est le travail et la collaboration entre les services au niveau local.

Lorsque votre question nous a été adressée, nous avons interrogé les intervenants dans le département du Pas-de-Calais. Le directeur de la CAF a fait savoir à nos services qu'il n'avait jamais eu connaissance de message de « fin de non-recevoir ». Par ailleurs, sur les dispositions concrètes de recensement, la CAF et la direction des services départementaux de l'éducation nationale, la DSDEN, sont en contact régulier. Elles sont prêtes à croiser leurs fichiers et à adresser un courrier conjoint aux maires et aux familles repérées.

On a déjà vu une telle coopération entre la CAF et la DSDEN, dans de nombreux territoires, notamment pour la mobilisation des familles concernant la scolarité des enfants de moins de 3 ans.

Par ailleurs, dans le Pas-de-Calais, un travail a été engagé pour mobiliser les inspecteurs de l'éducation nationale, afin d'accompagner et identifier les municipalités qui rencontreraient des difficultés, en particulier au travers d'un partenariat avec la CAF et les services de protection maternelle et infantile, ou PMI, sur les territoires.

Enfin, le maire a effectivement la possibilité d'automatiser le traitement des données. Mais ce traitement ne garantit en rien l'exhaustivité des données, puisque, par définition, seules

les familles allocataires y sont recensées. Ainsi, les familles qui développeraient des stratégies complètes d'évitement républicain n'y apparaissent pas.

C'est donc vraiment un travail fin qui doit être mené, sur l'ensemble des territoires, au travers d'une coopération de tous les acteurs.

À la suite de votre intervention, madame la sénatrice, nous avons rappelé toutes les consignes. Les services du ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse sont donc pleinement mobilisés sur le sujet, tout comme l'est la Direction générale des collectivités locales.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Fournier, pour la réplique.

Mme Catherine Fournier. Monsieur le secrétaire d'État, j'ai employé l'expression « fin de non-recevoir » car aucune réponse ni aucune suite n'ont été données aux demandes des maires. Certes, c'est une interprétation de ma part, mais l'on peut tout de même considérer que c'est bien de cela qu'il s'agit !

Il est toujours complexe pour une collectivité – je parle des grandes communes, non des petites – de fédérer, voire, simplement, d'identifier les autorités compétentes de l'État. Or, comme vous l'avez fait remarquer, monsieur le secrétaire d'État, désormais l'obligation de scolarité s'appliquera dès l'âge de 3 ans.

Les maires, sachez-le, essaient d'assumer cette obligation – qu'il est facile de leur transférer sans chercher à l'assumer soi-même – et ils en ont déjà suffisamment à remplir par ailleurs !

IMPACT DE LA RÉFORME DU BACCALAURÉAT DANS
L'APPRENTISSAGE DES LANGUES RÉGIONALES

Mme la présidente. La parole est à Mme Dominique Estrosi Sassone, auteur de la question n° 764, adressée à M. le ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse.

Mme Dominique Estrosi Sassone. Monsieur le secrétaire d'État, ma question porte sur la place de l'enseignement des langues régionales dans la réforme du baccalauréat.

Actuellement, une langue régionale vaut coefficient 2 lors du passage de l'examen du baccalauréat, mais la réforme qui sera mise en œuvre en 2021 bascule les langues régionales dans une notation en contrôle continu.

Avec cette réforme, l'enseignement des langues régionales court plusieurs dangers, à commencer par le désintérêt des élèves, qui risquent de se détourner d'une matière n'ouvrant plus une « possibilité de points ».

De plus, si la réforme permet en théorie de choisir pour spécialité n'importe quelle discipline, donc une langue régionale, certains professeurs s'inquiètent, car en pratique peu de lycées prendront la décision de définir une langue régionale comme spécialité et préféreront conserver les matières classiques ouvrant aux cursus généraux de l'enseignement supérieur et aux concours.

Avec la restauration du prestige des langues anciennes, qui seront dotées d'un coefficient 3, la question de la concurrence entre les options est directement posée puisque toutes ces langues représentent des vecteurs culturels.

L'offre pédagogique locale sera de fait profondément bouleversée. À Nice, par exemple, il existe une école bilingue nissart-français depuis 2013, dont la pérennité sera

inévitablement remise en cause lorsque les parents réaliseront que les efforts de leurs enfants ne seront plus récompensés au baccalauréat.

Monsieur le secrétaire d'État, comptez-vous retoucher la réforme du baccalauréat en faveur de l'enseignement des langues régionales, alors que dans certains territoires l'attache à la langue locale est particulièrement forte et reflète aussi l'expression d'un patrimoine commun, de traditions, de racines historiques, d'un héritage ?

Mme la présidente. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse. Comme vous l'avez indiqué, madame la sénatrice Estrosi Sassone, il existe dans de nombreux territoires un attachement aux langues régionales. Cet attachement, d'ordre culturel, est tel qu'il dépasse la question de la valorisation en points pour les résultats du baccalauréat.

Pour autant, nous avons tenu à ce que, dans la réforme du baccalauréat, la place des langues régionales soit non seulement confortée, mais aussi davantage valorisée.

Je rappelle que la réforme du baccalauréat et du lycée a fait l'objet d'une concertation avec des responsables d'associations œuvrant dans le domaine des langues régionales, ainsi que des représentants de 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, au même titre qu'une langue vivante étrangère. C'est possible dès lors que l'élève suit par ailleurs un enseignement dans cette langue régionale en langue vivante A, B ou C. Elle bénéficie à ce titre d'un enseignement à hauteur de 4 heures en première, puis de 6 heures en terminale. Elle est évaluée dans le baccalauréat pour un coefficient 16 sur un coefficient total de 100.

Cela correspond à un réel progrès par rapport à la situation actuelle, dans laquelle la langue vivante régionale approfondie ne peut être choisie que par une minorité d'élèves, ceux de la série littéraire, dite série L.

Par ailleurs, pour le baccalauréat général, il est toujours possible pour le candidat de choisir une langue vivante régionale en tant qu'enseignement commun, au titre de la langue vivante B, et également en tant qu'enseignement optionnel, au titre de la langue vivante C.

S'agissant de la voie technologique, dans toutes les séries, le choix d'une langue vivante régionale demeure possible au titre de la langue vivante B dans les enseignements communs.

Pour l'enseignement optionnel de la voie technologique, le choix d'une langue vivante régionale est toujours proposé dans la série « Sciences et technologies de l'hôtellerie et de la restauration », en raison de l'intérêt évident que comporte un tel enseignement pour des élèves se destinant à des carrières où l'accueil et le contact avec le public sont primordiaux.

La réforme du baccalauréat conforte le poids des langues régionales dans l'examen. La langue vivante régionale choisie au titre de la langue vivante B constitue l'un des six enseignements communs ayant exactement le même poids dans l'examen, c'est-à-dire que tous ces enseignements comptent dans leur ensemble à hauteur de 30 % dans la note finale et, en y incluant les notes de bulletin, la note de langue régionale compte pour environ 6 % de la note finale.

S'agissant de la langue vivante régionale choisie au titre d'enseignement optionnel comme langue vivante C, tous les enseignements optionnels ont exactement le même poids et les notes de bulletins de tous les enseignements comptent dans leur ensemble à hauteur de 10 % de la note finale de l'examen.

La valorisation des langues vivantes régionales peut enfin s'opérer grâce à l'accent mis par la réforme sur l'enseignement des disciplines non linguistiques en langue vivante, notamment régionale.

L'arrêté du 20 décembre 2018 prévoit ainsi que, hors des sections européennes ou de langue orientale, les disciplines autres que linguistiques peuvent être dispensées en partie en langue vivante, donc en langue régionale, conformément aux horaires et aux programmes en vigueur dans les classes considérées. Par exemple, sur 3 heures d'histoire-géographie, une heure peut être dispensée en langue vivante régionale.

Madame la sénatrice, ces nouvelles dispositions contribuent toutes à valoriser l'apprentissage des langues vivantes régionales pour les élèves des lycées généraux et technologiques. C'est l'objectif politique que nous nous sommes fixé. Nous sommes évidemment prêts à examiner les problématiques locales et étudier la situation d'écoles ou de lycées que vous souhaiteriez porter à notre attention.

Mme la présidente. La parole est à Mme Dominique Estrosi Sassone, pour la réplique.

Mme Dominique Estrosi Sassone. Je vous remercie, monsieur le secrétaire d'État, de ces éléments de réponse. Aujourd'hui, les professeurs de langues régionales ne sont pas vraiment rassurés par le dispositif que le Gouvernement a prévu de mettre en place au niveau de cet enseignement. Ces langues, d'après nous, n'en sortiraient ni renforcées ni revalorisées. Comme vous le savez, il y a moins de possibilités et le choix de l'option facultative est nettement défavorisé.

Ce qui a été possible pour les langues anciennes, dont l'enseignement était aussi menacé, doit également être possible pour les langues régionales. Celles-ci, comme je l'ai rappelé dans ma question, constituent de véritables vecteurs culturels : ce sont des langues de patrimoine, d'héritage, de culture et de tradition.

Je reviendrai vers vous car la Fédération des enseignants de langue et culture d'oc de l'éducation nationale a établi un argumentaire ne laissant aucun doute sur l'inquiétude que suscite, parmi eux, votre réforme du baccalauréat et de l'enseignement des langues régionales.

TRANSFERT DES BIENS DES COMMUNES DANS LE CADRE DE LA CRÉATION D'UNE COMMUNE NOUVELLE

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Fournier, en remplacement de Mme Sylvie Vermeillet, auteure de la question n° 713, adressée à Mme la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales.

Mme Catherine Fournier. Ma collègue Sylvie Vermeillet, sénatrice du Jura, souhaite attirer l'attention du Gouvernement sur les modalités de transfert de biens appartenant à des communes vers une commune nouvelle.

En effet, les communes historiques ont l'obligation de publier, auprès du service de publicité foncière territorialement compétent, le transfert de propriété des biens vers la commune nouvelle. Cela leur demande un travail considé-

table de recensement de toutes les parcelles du territoire communal, ainsi que 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 la publicité nécessaire au service de publicité foncière compétent. Outre la lourdeur administrative, cette procédure a également un coût financier non négligeable pour les collectivités concernées.

Est-il possible de nous indiquer quelles mesures concrètes pourraient être envisagées afin de simplifier les procédures, en permettant un transfert systématique du patrimoine des anciennes communes? Pourrait-il être envisageable, par exemple, que la simple publication des nouveaux numéros du système informatique pour le répertoire des entreprises – ou Siren – des communes au service des publicités foncières entraîne le transfert des biens des « anciennes » communes concernées, de manière systématique et globale?

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

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. Madame la sénatrice, la création d'une commune nouvelle par fusion de communes existantes peut intervenir par délibérations concordantes des conseils municipaux des communes concernées ou être décidée par arrêté préfectoral, conformément au code général des collectivités territoriales.

Il ne s'agit pas d'un simple changement de dénomination ni de numéro Siren : cette opération entraîne la création d'une personne morale nouvelle.

Du fait de la fusion, les biens immobiliers qui faisaient partie du patrimoine des anciennes communes sont transférés dans le patrimoine de la commune nouvelle. Ces transferts doivent obligatoirement être publiés au fichier immobilier, en application des dispositions de l'article 28 du décret du 4 janvier 1955.

Le document publié au fichier immobilier constatant le transfert doit respecter les exigences de forme régissant la publicité foncière, conformément aux décrets du 4 janvier 1955 précité et du 14 octobre 1955, notamment l'identification complète des parties et la désignation précise des immeubles concernés.

En application de l'article 1042 A du code général des impôts, la publication de ce transfert est exonérée de taxe de publicité foncière et de contribution de sécurité immobilière, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'évaluer les immeubles.

Recenser dans l'arrêté de fusion ou dans un acte authentique administratif ou notarié l'ensemble des biens concernés par ces transferts, dans le respect des exigences de forme précitées, peut se révéler, comme vous l'avez souligné, lourd à réaliser en pratique, dans la mesure où les opérations de fusion de communes peuvent concerner un grand nombre d'immeubles.

Dans ces circonstances, les transferts de biens peuvent 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.

Chaque transfert d'immeuble sera alors constaté dans un acte publié antérieurement ou concomitamment à l'acte de cession de cet immeuble par la nouvelle commune, ou dans une disposition de l'acte de cession lui-même.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Fournier, pour la réplique.

Mme Catherine Fournier. Monsieur le ministre, le Jura comptant 60 communes nouvelles, de réelles difficultés sont rencontrées dans ce département.

Dans le cas de fusions de sociétés commerciales, entraînant parfois des transferts d'actifs, la démarche est nettement plus simple. Ne serait-il donc pas possible d'envisager une simplification ? Mme Sylvie Vermeillet reste à votre disposition pour en discuter.

DIFFICULTÉS DU SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA SEINE-MARITIME

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Canayer, auteur de la question n° 727, adressée à M. le ministre auprès de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, chargé des collectivités territoriales.

Mme Agnès Canayer. Ma question concerne le financement du service départemental d'incendie et de secours de la Seine-Maritime, le SDIS 76.

En 2017, dans le département de la Seine-Maritime, les centres de pompiers sont intervenus 66 165 fois pour des missions de secours, 6 227 fois sur des incendies, 3 114 fois sur des opérations diverses et 2 335 fois sur des risques technologiques. De plus en plus sollicités, ils répondent notamment aux effets de la désertification médicale et du vieillissement de la population. Acteurs de notre territoire, leur présence et leur maillage doivent être garantis et confortés.

Pourtant, comme a pu le soulever la Cour des comptes dans son récent rapport, en date du 26 mars dernier, la situation des SDIS et celle du corps des pompiers sont fragiles.

Plusieurs causes à cela : d'une part, la hausse des charges de personnel, qui représentent aujourd'hui 82 % des charges courantes ; d'autre part, l'arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 21 février 2018, considérant que les sapeurs-pompiers entrent dans le champ de la directive de 2003 sur le temps de travail. L'application stricte de cette directive aura des conséquences importantes sur le recrutement des volontaires, de plus en plus difficile depuis de nombreuses années.

Outre les problématiques de recrutement, les SDIS font face à des dépenses en augmentation, comme le prix du carburant ou encore celles qui sont liées à la mise en œuvre du règlement général sur la protection des données, le RGPD.

En parallèle, les financements s'effritent. Ainsi, le dispositif dit « de Cahors » impacte-t-il directement les SDIS, dont les principaux contributeurs sont les collectivités. En Seine-Maritime, cinq collectivités contributrices sont concernées par cette contractualisation : les villes de Rouen et du Havre, la métropole Rouen Normandie, la communauté urbaine Le Havre Seine Métropole et le département. Elles sont dans l'obligation de maîtriser l'évolution de leurs dépenses réelles de fonctionnement, parmi lesquelles figurent les contributions au SDIS.

Ma question est donc simple, monsieur le ministre : comment le Gouvernement compte-t-il accompagner les services départementaux d'incendie et de secours, notamment celui de la Seine-Maritime, qui sont pris en tenaille entre leurs nouvelles contraintes et la baisse de leurs financements ?

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

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. Madame la sénatrice Canayer, les contrats de maîtrise de la dépense publique, prévus aux articles 13 et 29 de la loi du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022, traduisent les nouvelles modalités d'association des collectivités à la maîtrise de la dépense publique.

Les collectivités entrant dans le champ d'application de l'article 29 de la loi de programmation s'engagent sur un objectif annuel d'évolution de leurs dépenses réelles de fonctionnement.

Chaque année, les résultats de gestion font l'objet d'un examen partagé avec le représentant de l'État pour apprécier si l'objectif a pu être atteint.

Ces comparaisons, pour conserver leur pertinence, doivent être effectuées à périmètre constant. Aussi, le niveau des dépenses réelles de fonctionnement prend en compte « les éléments susceptibles d'affecter leur comparaison sur plusieurs exercices, et notamment [...] la survenance d'éléments exceptionnels affectant significativement le résultat ».

Les évolutions réglementaires ne constituent pas des éléments exceptionnels à prendre en compte au titre de l'article 29.

L'article L. 1424-35 du code général des collectivités territoriales précise : « La contribution du département au budget du service départemental d'incendie et de secours est fixée, chaque année, par une délibération du conseil départemental au vu du rapport sur l'évolution des ressources et des charges prévisibles du service au cours de l'année à venir, adopté par le conseil d'administration de celui-ci.

« Les relations entre le département et le service départemental d'incendie et de secours et, notamment, la contribution du département, font l'objet d'une convention pluriannuelle.

« Les modalités de calcul et de répartition des contributions des communes et des établissements publics de coopération intercommunale compétents pour la gestion des services d'incendie et de secours au financement du service départemental d'incendie et de secours sont fixées par le conseil d'administration de celui-ci. »

Il résulte de ce qui précède que les contributions au SDIS des collectivités concernées ne pourraient avoir un impact sur la maîtrise des dépenses publiques que si leurs montants varient de façon significative entre deux exercices du fait de la survenance d'un élément exceptionnel.

Or les dispositions de l'article 29 de la loi de programmation permettent de faire face soit à des événements exceptionnels, soit à des besoins d'investissement précis, en prévoyant le retraitement des dépenses concernées.

Ainsi, en cas de catastrophe naturelle de grande ampleur qui nécessiterait d'apporter des financements complémentaires et urgents au SDIS, ces dépenses exceptionnelles pourraient faire l'objet d'un retraitement.

De même, une collectivité peut verser au SDIS une subvention d'équipement dès lors que celle-ci est accordée pour lui permettre d'acquérir ou de créer une immobilisation. Sous réserve que l'immobilisation ainsi financée soit identifiée dès la demande de financement, suivie à l'actif du SDIS et que l'entité versante soit capable de suivre l'existence du lien entre le financement octroyé et l'immobilisation acquise ou créée par le SDIS, cette contribution est bien inscrite en section d'investissement.

Elle n'aura alors aucun impact sur la norme de dépenses contractualisée, concernant les seules dépenses de fonctionnement.

Le dispositif contractuel a ainsi été conçu de manière suffisamment souple pour permettre aux groupements à fiscalité de poursuivre leurs prises de compétences sans effets négatifs sur les conditions d'action des SDIS.

Le Gouvernement a fait le choix de stabiliser ce dispositif, afin de ne pas compromettre la stabilité des relations contractuelles et d'être à même de l'évaluer dans sa conception initiale, résultant des échanges avec les associations d'élus dans le cadre de la Conférence nationale des territoires.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Canayer, pour la réplique.

Mme Agnès Canayer. Je vous remercie de cette réponse, monsieur le ministre. On ne peut qu'adhérer à la nécessaire maîtrise de la dépense publique. Néanmoins, je relaie ici l'inquiétude réelle du SDIS 76. Ce dernier se trouve dans une situation particulière : deux de ses principaux contributeurs, finançant ses ressources à hauteur de 73 %, sont soumis à ces contraintes, engendrées par un fonctionnement normal, et non par des motifs exceptionnels.

INTERDICTION D'EXERCER UNE FONCTION
ÉLECTIVE PENDANT UN ARRÊT MALADIE

Mme la présidente. La parole est à M. Éric Gold, auteur de la question n° 806, adressée à Mme la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales.

M. Éric Gold. Quel ne fut pas mon étonnement, monsieur le ministre, en recevant, de la part d'une conseillère municipale de mon département, une lettre détaillant la situation ubuesque dans laquelle elle se trouve aujourd'hui, pour avoir poursuivi ses activités d'élue pendant un arrêt maladie.

La caisse primaire d'assurance maladie – CPAM – lui réclame le remboursement de l'ensemble des indemnités journalières qui lui ont été versées dans le cadre de son arrêt maladie. Ces indemnités sont bien sûr liées à son emploi salarié, et non à son activité d'élue, puisque, en tant que simple conseillère municipale, elle n'a perçu aucune indemnité.

La CPAM lui reproche notamment sa participation à trois réunions du conseil municipal pendant son congé maladie. Or le médecin avait bien précisé sur l'arrêt de travail que, compte tenu de sa pathologie, les sorties libres lui étaient autorisées.

D'après les indications de la CPAM, cette précision est inutile et le médecin doit, dans le cas d'un élu, spécifier expressément sur l'arrêt de travail initial que toutes les activités liées au mandat sont autorisées, ce que la plupart des élus et des médecins ignorent.

Cette conseillère municipale, comme beaucoup d'autres, a eu le courage de poursuivre son mandat malgré la maladie. Le devoir de l'État n'est-il pas d'encourager toutes les formes d'engagement, notamment dans un contexte où la crise des vocations se fait de plus en plus ressentir – de manière plus prégnante à l'échelle municipale, sur des fonctions pour lesquelles, dans la majorité des cas, aucune indemnité n'est prévue et où chaque élu s'engage sur son temps personnel pour la collectivité ?

Trois questions se posent ici selon moi.

Comment améliorer le dispositif, pour éviter des situations totalement injustes, où des élus se voient réclamer plusieurs milliers d'euros pour avoir simplement tenu leurs engagements envers leur commune ?

Si le Gouvernement ne souhaite pas modifier le dispositif existant, comment améliorer l'information des élus et des médecins sur ces situations très spécifiques ?

Enfin, dans le cas d'un maire, si l'on considère qu'il ne doit pas poursuivre ses activités d'élue pendant toute la durée de son congé maladie, doit-on, dès lors, considérer que son pouvoir de police est inopérant, ce dernier n'étant pas transférable ?

J'insiste sur cette ultime question, qui, selon moi, décrit parfaitement l'absurdité de situations dans lesquelles peuvent se retrouver des élus en arrêt maladie : d'un côté, on leur demande d'assurer des fonctions primordiales à l'échelle de leur commune ; de l'autre, on leur demande de respecter l'absence de toute activité, au titre de leur arrêt maladie.

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

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. Mesdames, messieurs les sénateurs, comme la plupart d'entre vous, je connais les difficultés rencontrées par les élus locaux, notamment des plus petites communes, qui se trouvent en arrêt maladie.

Lorsque les élus locaux exerçant une activité professionnelle sont placés en congé maladie, ils perçoivent des indemnités journalières.

Le bénéfice de ces indemnités journalières est toutefois subordonné au respect des dispositions de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale : le salarié placé en congé de maladie doit observer les prescriptions du praticien, se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical, respecter les heures de sorties autorisées par le praticien et s'abstenir de toute activité non autorisée.

Ainsi, un salarié, par ailleurs élu local, placé en congé de maladie ne peut régulièrement exercer son mandat électif que si son médecin l'y autorise expressément sur l'arrêt de travail. Dans le cas contraire, il peut se voir réclamer le remboursement des indemnités journalières, avec, parfois, une sanction financière, la Cour de cassation assimilant effectivement les indemnités de fonction à une activité donnant lieu à rémunération.

Cette difficulté, que des élus de bonne foi ont pu rencontrer et dont vous avez donné un exemple, monsieur le sénateur Éric Gold, a été soulignée au cours des travaux de la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales et à la décentralisation sur les conditions d'exercice des mandats locaux. Elle est effectivement le fruit d'un défaut d'information des élus sur la nécessité de préciser à leur médecin qu'il doit expressément les autoriser à exercer leur mandat électif pendant leur arrêt de travail.

C'est pourquoi nous avons demandé à nos services de travailler à la résolution de ce problème. Ils ont ainsi récemment élaboré, conjointement avec la Direction de la sécurité sociale, une fiche explicative relative aux congés maladie des élus, qui a été transmise à l'ensemble des associations d'élus aux fins d'information de leurs adhérents.

Cette fiche sera par ailleurs intégrée par l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité à son guide de l'élu local, mis en ligne et régulièrement actualisé.

Dans son intervention du 25 avril dernier, le Président de la République a indiqué souhaiter que soit engagé un véritable travail sur le statut de l'élu. Le Gouvernement entend faire aboutir ce chantier avant la fin de l'été, s'inspirant d'ailleurs des travaux de la délégation aux collectivités territoriales du Sénat, pour que le prochain scrutin municipal se déroule dans un cadre juridique stabilisé, clarifié et prenant mieux en compte les difficultés des élus, notamment des petites communes.

Enfin, vous nous interrogez sur le devenir de l'exercice des pouvoirs de police d'un maire empêché d'exercer ses fonctions. Le droit commun y pourvoit.

D'une part, à titre préventif, le maire peut déléguer ses pouvoirs à un ou plusieurs de ses adjoints et, en l'absence ou en cas d'empêchement des adjoints, à des membres du conseil municipal, conformément à l'article L. 2122-18 du code général des collectivités territoriales.

D'autre part, si le maire se retrouve absent ou empêché sans avoir prévu de délégation particulière, il est provisoirement remplacé, dans la plénitude de ses fonctions, par un adjoint dans l'ordre des nominations et, à défaut d'adjoint, par un conseiller municipal désigné par le conseil ou, à défaut, pris dans l'ordre du tableau. Ce régime général de suppléance, prévu à l'article L. 2122-17 du même code, est destiné à assurer la continuité de l'action municipale et concerne également les pouvoirs de police du maire.

Mme la présidente. La parole est à M. Éric Gold, pour la réplique.

M. Éric Gold. Je vous remercie de ces précisions, monsieur le ministre. Pour avoir interrogé un certain nombre d'élus et de médecins, je peux vous assurer que le message n'est pas passé pour l'instant. Les dispositifs que vous venez de décrire sont totalement méconnus.

TAXE SUR LES DROITS DE PASSAGE DES
OPÉRATEURS DE TÉLÉCOMMUNICATIONS POUR
LE DOMAINE PUBLIC ROUTIER

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Morin-Desailly, auteure de la question n° 734, adressée à Mme la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales.

Mme Catherine Morin-Desailly. Monsieur le ministre, dans un livre blanc paru en octobre 2018, la Banque des territoires s'est penchée sur les droits de passage télécom pour les collectivités territoriales.

La Banque confirme les problématiques que je constate aujourd'hui dans mon département, notamment à Franqueville-Saint Pierre et à Saint-Martin-de-Boscherville, deux communes de la métropole Rouen Normandie. Je veux parler d'une insécurité juridique liée à l'hétérogénéité du traitement des droits de passage sur le territoire national.

La loi du 26 juillet 1996 de réglementation des télécommunications, transposant le premier paquet Télécoms, a conditionné la délivrance d'une permission de voirie contre l'acquiescement 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 de collectivités territoriales, mais sans en définir les contours.

Le 9 octobre 2017, la métropole Rouen Normandie a adopté, par décision du conseil métropolitain, la création d'une taxe sur les droits de passage des opérateurs de télécommunications pour le domaine public routier.

Conformément au décret n° 2005-1676 du 27 décembre 2005, la métropole a aligné la tarification des droits de passage sur les montants plafonds fixés. Elle exerce donc un pouvoir fiscal, alors qu'elle ne dispose pas de la compétence de l'enfouissement des réseaux de télécommunications.

En effet, sous couvert d'exercer la compétence voirie, la métropole s'est attribué l'exclusivité de la collecte de ce prélèvement obligatoire. Or les travaux d'enfouissement des lignes de télécommunication ont été entièrement financés par les communes, qui devraient logiquement percevoir les recettes de la taxe sur les droits de passage des opérateurs.

Le 18 janvier dernier, lors d'une réunion du grand débat national à Souillac, le Président de la République a rappelé l'objectif de déploiement du très haut débit sur 100 % du territoire national à l'horizon 2020, défini par le plan France très haut débit en 2013.

De telles expériences n'incitent pas les communes à investir, et à s'investir, dans l'installation d'un réseau de télécommunications souvent coûteuse et techniquement complexe.

Une fois encore, le millefeuille intercommunal engendre des effets contre-productifs, faute de concertation. Au regard des compétences qui leur ont été attribuées en matière d'enfouissement des réseaux de télécommunication, la métropole ne devrait-elle pas, monsieur le ministre, reverser aux communes les recettes de cette taxe ?

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

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. Madame la sénatrice Morin-Desailly, la métropole Rouen Normandie est compétente en matière de voirie. À ce titre, conformément aux dispositions des articles R. 20-51 et R. 20-52 du code des postes et des télécommunications électroniques, c'est bien le gestionnaire du réseau occupé, c'est-à-dire en l'espèce le réseau de voirie, qui perçoit le montant de cette redevance.

Par conséquent, la métropole Rouen Normandie est bien compétente pour instituer et percevoir la redevance, quand bien même l'enfouissement des réseaux qui sont assujettis à la redevance a été réalisé par les communes et non par la métropole.

Toutefois, en cas d'accord réciproque entre la métropole et ses communes membres, il est loisible à l'intercommunalité de reverser tout ou partie du produit de la redevance à ses communes membres par l'intermédiaire d'une révision libre

du montant de l'attribution de compensation, dans les conditions prévues au 1^{er} *bis* du V de l'article 1609 *nonies* C du code général des impôts.

AVENIR DES ZONAGES

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne-Catherine Loisier, auteure de la question n° 751, adressée à Mme la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales.

Mme Anne-Catherine Loisier. Monsieur le ministre, ma question porte sur l'avenir des différents régimes zonés après 2020.

Il existe à ce jour huit régimes zonés en France et sept d'entre eux expirent en 2020. Ces régimes, nous le savons, permettent des mesures d'exonération fiscale en faveur des entreprises, d'exonération des charges sociales patronales ou encore des mesures connexes prises en compte dans les dotations aux collectivités ou pour l'octroi d'aides de la part d'agences de l'eau.

Si l'efficacité de certains de ces dispositifs doit être interrogée et évaluée, il est toutefois indispensable de ne pas laisser les territoires concernés sans perspective. De fait, que ce soient les zones de revitalisation rurale, les quartiers prioritaires de la politique de la ville ou encore les zones de développement prioritaire, ces régimes de zonage restent un outil dynamique et un soutien important que les acteurs des collectivités locales doivent pouvoir d'ores et déjà anticiper.

Je souhaiterais donc savoir, monsieur le ministre, comment le Gouvernement envisage le renouvellement de ces zonages. Est-il prévu de maintenir la révision au 1^{er} janvier 2021, de la reporter après 2022, comme l'a fait la Commission européenne s'agissant des zones d'aides à finalité régionale, AFR, ou encore d'avoir une démarche plus progressive, avec adaptation des mesures et report des révisions de zonage après 2022 ?

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

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. Madame la sénatrice Loisier, la France connaît aujourd'hui huit régimes zonés, dont un zonage européen et sept régimes zonés d'initiative nationale.

Le zonage européen est celui des aides à finalité régionale, les AFR, qui permet d'accorder des aides à l'investissement aux entreprises, voire des aides au fonctionnement dans les outre-mer.

Parmi les sept régimes zonés d'initiative nationale, on trouve : les ZRR, les zones de revitalisation rurale, les zones franches urbaines, les quartiers prioritaires de la politique de la ville, les zones de restructuration de la défense, les bassins d'emploi à redynamiser – j'essaie d'éviter les acronymes... –, les bassins urbains à dynamiser et les zones de développement prioritaire.

Parmi ces huit régimes zonés, six expirent en 2020, vous l'avez rappelé. Il s'agit des ZRR, des zones de restructuration de la défense, des bassins urbains à dynamiser, des zones de développement prioritaire, des bassins d'emploi à redynamiser, des ZFU, les zones franches urbaines. Les deux autres, AFR et quartiers prioritaires de la politique de la ville, ont été prolongés jusqu'en 2022.

Vous l'avez souligné, ces régimes sont très importants pour les territoires, car ils ouvrent droit à des mesures d'exonérations fiscales en faveur des entreprises ainsi que des mesures d'exonérations de charges sociales patronales. Ils sont également pris en compte pour l'octroi de certaines aides, comme c'est le cas concernant les agences de l'eau.

Si le Gouvernement est attaché à ces dispositifs, il convient de procéder à une évaluation fine de la situation dans la perspective des échéances post-2020.

Pour ce faire, le Gouvernement se nourrira naturellement des travaux conduits par les parlementaires, qui sont d'ores et déjà nombreux. Ainsi le dispositif des ZRR a-t-il fait l'objet de plusieurs rapports. Je citerai celui des députés Alain Calmette et Philippe Vigier, et celui, plus récent, des députées Anne Blanc et Véronique Louwagie.

En outre, vos collègues sénateurs Bernard Delcros et Frédéric Espagnac réalisent en ce moment même une mission de contrôle budgétaire des ZRR pour la commission des finances, et ce conjointement avec la mission d'information de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable confiée à votre collègue Rémy Pointereau.

Enfin, dans le cadre de la mission portant sur l'élaboration d'un agenda rural, les services du ministère de la cohésion et des territoires ont demandé aux membres de la mission d'étudier les dispositifs de zonage, dont les ZRR et les BER, afin de faire des propositions en la matière.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne-Catherine Loisier, pour la réplique.

Mme Anne-Catherine Loisier. Je vous remercie de votre réponse, monsieur le ministre. Le débat avec les parlementaires est lancé. Vous l'avez souligné, il est important, pour la bonne continuité des politiques territoriales, d'informer rapidement les acteurs locaux, qui doivent savoir si ces zonages seront reconduits ou révisés, afin d'anticiper les éventuelles évolutions. En effet, 2021 arrive à grands pas !

AVENIR DES GRANDS SYNDICATS D'EAU ET D'ASSAINISSEMENT

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Laurent, auteur de la question n° 768, adressée à Mme la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales.

M. Daniel Laurent. Monsieur le ministre, ma question porte sur l'avenir des grands syndicats d'eau et d'assainissement.

Lors de la conférence de presse du 25 avril dernier, le Président de la République a indiqué qu'il souhaitait un nouvel acte de décentralisation, associé au principe, a-t-il déclaré, de la « différenciation territoriale ».

Dans cette perspective, il conviendrait de réviser certaines dispositions qui pénalisent aussi bien les grands syndicats d'eau et d'assainissement que les établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre membres de ces syndicats.

Incarnation d'une intercommunalité librement consentie, les grands syndicats d'eau et d'assainissement, souvent de taille départementale, voire interdépartementale, comme c'est le cas dans mon département de la Charente-Maritime, doivent être maintenus et même renforcés.

Ils assurent en effet une mutualisation à large échelle, source d'économies, de réponses adaptées aux enjeux et de solidarité entre zones urbaines et rurales.

L'article 250 de la loi de finances pour 2019, adopté sans aucune concertation ni étude d'impact préalables, prévoit d'intégrer dans le calcul du coefficient d'intégration fiscale, le CIF, des communautés de communes la redevance d'assainissement en 2020, puis la redevance d'eau potable en 2026.

L'augmentation de la valeur du CIF permettra certes à l'EPCI de bonifier sa dotation d'intercommunalité, sous réserve d'exercer lui-même les compétences, quitte à les reprendre aux syndicats d'eau et d'assainissement existants, quelle que soit leur taille.

En d'autres termes, l'objectif consiste à récompenser les communautés de communes qui auront pris ces compétences, sans vraiment se poser la question de savoir si le fait de fractionner une compétence déjà exercée sur un territoire étendu contribuera à réduire les dépenses de fonctionnement, à rationaliser les dépenses d'investissement et à accroître l'efficacité des services rendus aux usagers.

Or l'intégration des redevances d'eau et d'assainissement dans le calcul du CIF ne devrait avoir aucune incidence sur la dotation d'intercommunalité d'un EPCI, que la compétence soit exercée par cet EPCI ou transférée à un syndicat mixte de taille plus adaptée.

En conséquence, monsieur le ministre, êtes-vous favorable à l'ouverture d'une discussion avec les acteurs concernés, afin de réexaminer une disposition qui pénalise les grands syndicats supracommunautaires compétents dans ce domaine, ainsi que les intercommunalités qui en sont membres ?

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

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. Monsieur le sénateur Laurent, la loi de finances pour 2019 a prévu que la redevance d'assainissement des communautés de communes sera prise en compte dans le calcul du CIF des communautés de communes à partir du 1^{er} janvier 2020, alors que tel n'est pas le cas aujourd'hui, hormis pour les communautés urbaines, les communautés d'agglomération et les métropoles.

Par ailleurs, le même article a prévu que la redevance d'eau potable sera comptabilisée dans le CIF de tous les EPCI à fiscalité propre à partir du 1^{er} janvier 2026.

Je rappelle que cette mesure a été introduite par amendement parlementaire. En effet, lors de la première lecture du projet de loi de finances à l'Assemblée nationale, le Gouvernement avait d'abord demandé le retrait de cette disposition, qui n'aurait pas été applicable en 2019, avant de l'accepter à condition que son entrée en vigueur soit reportée à 2020, afin que l'administration puisse, dans le courant de l'année 2019, examiner en profondeur son bien-fondé.

Les sénateurs ont ensuite proposé de mettre le dispositif en cohérence avec la loi du 3 août 2018 relative à la mise en œuvre du transfert des compétences eau et assainissement aux communautés de communes, en repoussant la mesure à 2026, date à laquelle la compétence devient obligatoire pour les communautés de communes. Cette proposition ne paraissait pas complètement illogique, car l'intégration de redevances dans le CIF pose des questions relatives aux

modalités de gestion du service public de l'eau et de l'assainissement. Le Gouvernement s'en est donc remis à la sagesse du Sénat sur ce point.

En nouvelle lecture à l'Assemblée nationale, un nouvel amendement a été adopté. Il prévoyait l'intégration de la redevance d'assainissement dès 2020 et celle de la redevance d'eau potable en 2026.

Comme convenu, l'administration vient d'engager des travaux d'examen. Nous avons d'ores et déjà reçu plusieurs courriers nous alertant sur de potentiels effets négatifs de ces dispositions sur l'organisation locale 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 donc particulièrement attentifs aux difficultés qui remontent du terrain pour voir s'il convient, ou non, de mettre en application cette mesure. Le cas échéant, nous tirerons toutes les conséquences de la situation.

DIFFICULTÉS DE L'OFFICE PUBLIC DE L'HABITAT DE LA MÉTROPOLE DE BORDEAUX

Mme la présidente. La parole est à Mme Florence Lassarade, auteure de la question n° 756, adressée à M. le ministre auprès de la ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, chargé de la ville et du logement.

Mme Florence Lassarade. Monsieur le ministre, ma question porte sur les difficultés rencontrées par l'office public de l'habitat de Bordeaux Métropole, Aquitanis.

La baisse de l'aide personnalisée au logement décidée par le Gouvernement a contraint Aquitanis à compenser celle-ci à hauteur de 3,3 millions d'euros en 2018. En 2019, le montant de cette compensation devrait atteindre le même ordre de grandeur. En 2020, ce montant devrait doubler, ce qui représentera alors 6,5 millions d'euros de ressources disponibles en moins dans le budget d'Aquitanis.

Ainsi, en trois ans, 13 millions d'euros ne pourront pas être investis par Aquitanis dans la production de nouveaux logements ou dans des travaux de maintenance. À titre de comparaison, 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.

Monsieur le ministre, je souhaiterais savoir quelles mesures le Gouvernement envisage de mettre en œuvre pour préserver l'avenir du logement social à Bordeaux Métropole, mais aussi, plus largement, en France.

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

M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement. Madame la sénatrice Lassarade, le Gouvernement a mis en œuvre depuis 2018 une mesure importante de rétablissement des comptes publics par la mise en place de la réduction de loyer de solidarité, la RLS. Des mesures d'accompagnement avaient été décidées dès 2018, avec notamment le gel du taux du livret A, des prêts de haut de bilan bonifiés, des allongements de dette et diverses autres mesures.

Nous avons néanmoins, comme nous nous y étions engagés, lancé une clause de revoyure dès novembre 2018, qui s'est conclue, sous l'égide du Premier ministre, par la signature avec l'ensemble du monde HLM d'un pacte productif le 25 avril 2019. Il donne un cadre financier aux

acteurs pour trois ans, et leur laisse ainsi le temps de se restructurer en utilisant les outils de la loi ÉLAN, ce qui leur permettra de dégager rapidement des marges financières nouvelles.

En contrepartie d'une RLS fixée à 1,3 milliard d'euros, les bailleurs sociaux bénéficient en effet d'une baisse de cotisations de 300 millions d'euros prise en charge par Action Logement, d'une baisse de la TVA de 10 % à 5,5 % pour certains types d'opérations, soit un gain de près de 200 millions d'euros, de remises commerciales de la Caisse des dépôts et consignations à hauteur de 50 millions d'euros par an.

Les mesures d'accompagnement *via* la Banque des territoires décidées en 2018 sont par ailleurs maintenues, voire renforcées pour certaines d'entre elles, avec l'ouverture d'une enveloppe de 800 millions d'euros de titres participatifs. Le plan d'investissement volontaire d'Action Logement prévoit des financements pour l'investissement et la restructuration du secteur pour plus d'un milliard d'euros.

Compte tenu de ce cadre financier, des objectifs ambitieux en matière de construction et de rénovation du logement social ont été définis avec le monde HLM, ce qui illustre bien la volonté du Gouvernement de consolider l'avenir du logement social.

Mme la présidente. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour la réplique.

Mme Florence Lassarade. Monsieur le ministre, je vous rappelle que nous accueillons en Gironde 20 000 habitants supplémentaires par an. À Bordeaux, le prix du loyer augmente proportionnellement au prix de l'immobilier. Si nous voulons maintenir une mixité sociale, éviter que les habitants ne recourent au logement indigne en ruralité et ne rejoignent les quelques « gilets jaunes » qui restent sur nos ronds-points, il nous faudra prendre réellement en compte toutes ces données.

Pourtant, au cours des années 2017 et 2018, les fonds n'ont pas été attribués.

Mme la présidente. Nous en avons terminé avec les réponses à des questions orales.

Mes chers collègues, l'ordre du jour de ce matin étant épuisé, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à douze heures quarante-cinq, est reprise à quatorze heures trente, sous la présidence de M. David Assouline.)

PRÉSIDENTE DE M. DAVID ASSOULINE vice-président

M. le président. La séance est reprise.

3

RAPPEL AU RÈGLEMENT

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour un rappel au règlement.

Mme Nathalie Goulet. Mon rappel au règlement se fonde sur l'article 29 *ter* de notre règlement.

Hier, à Tripoli, un terroriste, qui sortait de prison, a tiré sur les forces libanaises. Cet attentat a été revendiqué par Daech.

Je souhaiterais que la commission des affaires étrangères de la Haute Assemblée organise un débat sur la situation au Liban. En effet, la déstabilisation du pays, en particulier du Liban-Nord, provoquerait un trouble difficilement réparable dans une région si promptement à s'enflammer.

Je souhaiterais également adresser mes condoléances aux victimes et aux Libanais, qui sont nos amis.

M. le président. Acte vous est donné de ce rappel au règlement, ma chère collègue.

4

MISES AU POINT AU SUJET DE VOTES

M. le président. La parole est à M. Guillaume Arnell.

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

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

M. le président. Acte vous est donné de votre mise au point, mon cher collègue. Elle sera publiée au *Journal officiel* et figurera dans l'analyse politique du scrutin.

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Lors du scrutin n° 129, Mme Sonia de la Provôté a été enregistrée comme ayant voté pour, alors qu'elle souhaitait s'abstenir.

M. le président. Acte vous est donné de votre mise au point, ma chère collègue. Elle sera publiée au *Journal officiel* et figurera dans l'analyse politique du scrutin.

5

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission

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 (projet n° 404, texte de la commission n° 525, rapport n° 524, avis n° 515 et 516).

Dans la discussion du texte de la commission, nous poursuivons, au sein du chapitre I^{er} du titre I^{er}, l'examen de l'article 2.

TITRE I^{ER} (SUITE)DÉCLOISONNER LES PARCOURS DE
FORMATION ET LES CARRIÈRES DES
PROFESSIONNELS DE SANTÉChapitre I^{er} (suite)RÉFORMER LES ÉTUDES EN SANTÉ ET RENFORCER LA
FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE

Article 2 (suite)

- ① I. – L'article L. 632-2 du code de l'éducation est ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 632-2. – I. – Peuvent accéder au troisième cycle des études de médecine :
- ③ « 1° Les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études de médecine en France ou les étudiants ayant validé une formation médicale de base au sens de l'article 24 de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans un État membre de l'Union européenne, un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, la Confédération suisse ou la Principauté d'Andorre. L'admission est alors subordonnée à l'obtention d'une note minimale à des épreuves nationales permettant d'établir que l'étudiant a acquis les connaissances et compétences suffisantes au regard des exigences de la formation de troisième cycle ;
- ④ « 2° Les médecins en exercice.
- ⑤ « II. – Un décret en Conseil d'État détermine :
- ⑥ « 1° A Les modalités nationales d'organisation des épreuves de connaissances et de compétences ;
- ⑦ « 1° Les conditions et modalités d'accès au troisième cycle des études de médecine pour les étudiants et professionnels mentionnés au I ;
- ⑧ « 2° Les modalités d'organisation du troisième cycle des études de médecine, et notamment d'organisation d'échanges internationaux ;
- ⑨ « 3° Les modalités de répartition des postes ouverts aux étudiants de troisième cycle des études de médecine par spécialité et par subdivision territoriale, compte tenu des capacités de formation et des besoins prévisionnels du système de santé en compétences médicales spécialisées ;
- ⑩ « 4° Les modalités d'affectation sur ces postes, par spécialité et centre hospitalier universitaire. L'affectation par subdivision territoriale et par spécialité des étudiants ayant satisfait aux exigences des épreuves mentionnées ci-dessus s'effectue selon des modalités prenant en compte les résultats aux épreuves mentionnées au 1° A du présent II ainsi que le parcours de formation, le projet professionnel des étudiants et, le cas échéant, leur situation de handicap ;
- ⑪ « 5° Les modalités de changement d'orientation ;
- ⑫ « 5° bis Les modalités d'affectation des étudiants sur les postes mentionnés au 3° ;
- ⑬ « 6° (Supprimé) »
- ⑭ II. – (Non modifié) L'article L. 632-3 du code de l'éducation est ainsi rétabli :
- ⑮ « Art. L. 632-3. – Les postes ouverts aux élèves médecins des écoles du service de santé des armées par subdivision territoriale et par spécialité sont inscrits sur une liste établie, en fonction des besoins des armées, par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles ces postes sont répartis entre ces élèves. »
- ⑯ II bis. – (Non modifié) Le 1° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation est abrogé.
- ⑰ III. – Le titre VIII du livre VI du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ⑱ 1° Au premier alinéa de l'article L. 681-1 et aux articles L. 683-1 et L. 684-1, la référence : « n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants » est remplacée par la référence : « n° du relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » ;
- ⑲ 2° L'article L. 681-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑳ « Pour l'application des articles L. 631-1 et L. 633-3 à Wallis-et-Futuna, la référence à l'agence régionale de santé est remplacée par la référence à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. » ;
- ㉑ 3° L'article L. 683-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ㉒ « Pour l'application des articles L. 631-1 et L. 633-3 en Polynésie française, la référence à l'agence régionale de santé est remplacée par la référence à l'autorité compétente en matière de santé. » ;
- ㉓ 4° L'article L. 684-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ㉔ « Pour l'application des articles L. 631-1 et L. 633-3 en Nouvelle-Calédonie, la référence à l'agence régionale de santé est remplacée par la référence à l'autorité compétente en matière de santé. »
- ㉕ III bis. – Au premier alinéa du III de l'article L. 713-4 du code de l'éducation, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 4° du II ».
- ㉖ IV. – (Non modifié) L'article 39 de la loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités est abrogé.
- ㉗ V. – (Non modifié) A. – Les dispositions des I et II sont applicables aux étudiants accédant à la première année du deuxième cycle des études de médecine à compter de la rentrée universitaire 2020.
- ㉘ B. – Les modalités d'affectation en troisième cycle des étudiants accédant à la première année du deuxième cycle des études de médecine de la rentrée universitaire 2020 à la rentrée universitaire 2022 sont précisées par décret.
- ㉙ VI. – (Non modifié) Les étudiants qui ne répondent pas aux conditions du I sans avoir épuisé, à l'issue de l'année universitaire 2021-2022, leurs possibilités de se présenter aux épreuves classantes nationales prévues par les dispositions antérieures à la présente loi peuvent accéder au troisième cycle des études médicales dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État.
- ㉚ VII. – (Non modifié) Sont abrogés :

31 1° L'article 20 de la loi n° 2011-884 du 27 juillet 2011 relative aux collectivités territoriales de Guyane et de Martinique;

32 2° Le III de l'article 125 de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche.

33 VIII. – Le Gouvernement remet au Parlement en 2024 un rapport d'évaluation de la réforme du deuxième cycle des études de médecine résultant du présent article. Ce rapport porte notamment sur l'apport des nouvelles modalités d'évaluation des connaissances et des compétences des étudiants, sur la construction de leur projet professionnel et le choix de leur spécialité et de leur subdivision territoriale d'affectation.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 796, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

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 ;

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel et de correction d'une erreur matérielle.

M. le président. L'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, est ainsi libellé :

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 ;

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Cet amendement vise à ce que les médecins généralistes exerçant dans des associations de soins non programmés et de permanence de soins ambulatoires, tels que les 1 300 médecins généralistes de SOS Médecins France, puissent avoir toute leur place et être agréés maîtres de stage pour accueillir au sein de leur structure des étudiants, afin qu'ils puissent compléter leur formation à la prise en charge des soins non programmés.

Il ne s'agit pas vraiment d'un amendement d'appel. Je vais probablement m'entendre répondre que cet amendement est théoriquement satisfait. Toutefois, sur le terrain, la disposition n'est pas totalement effective. Il semblerait que ces structures aient des difficultés à se faire agréer maîtres de stage.

Je souhaite donc appeler l'attention de Mme la ministre sur ce sujet, sachant que les soins ambulatoires constituent aujourd'hui un pan important. Au moment où l'on cherche des maîtres de stage sur l'ensemble du territoire, il convient de nous assurer que les médecins de structures telles que SOS Médecins puissent être agréés maître de stages aussi facilement que les autres médecins généralistes.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Mme Guillotin l'a dit, cet amendement est théoriquement satisfait. La commission en demande donc le retrait ; à défaut, elle émettra un avis défavorable. Toutefois, nous attendons que Mme la ministre nous fournisse quelques explications.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Le Gouvernement, qui remercie M. le rapporteur pour sa vigilance, est favorable à l'amendement n° 796.

L'amendement n° 654 rectifié est effectivement satisfait, puisque les textes encadrant la formation de troisième cycle des études de médecine prévoient les conditions d'octroi par l'ARS, sur proposition des facultés de médecine, des agréments permettant d'accueillir les internes en stage. Ils sont délivrés sur la base du projet pédagogique qui peut être proposé par le médecin généraliste aux internes qui réaliseraient un stage sous son encadrement.

La proposition d'accueil d'étudiants au sein des associations de PDSA est tout à fait possible en l'état actuel du droit. C'est donc, dans les faits, la présentation de projets pédagogiques par ces maîtres de stage et les demandes d'agrément déposées auprès des facultés de médecine qui permettront à l'ensemble de ces stages de se matérialiser.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Mes chers collègues, je vous indique dès à présent que je suivrai la procédure exactement comme elle doit être menée. Ainsi, dans le cadre d'une discussion commune, s'il y a des explications de vote, je donnerai la parole sur chaque amendement. En outre, si l'adoption d'un amendement venait à faire tomber d'autres amendements, je vous préviendrais afin que vous puissiez intervenir au bon moment. En l'occurrence, si l'amendement n° 796 était adopté, l'amendement n° 654 rectifié tomberait.

Je mets aux voix l'amendement n° 796.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 654 rectifié n'a plus d'objet.

L'amendement n° 392 rectifié, présenté par Mmes Taillé-Polian et Grelet-Certenas, est ainsi libellé :

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,

La parole est à Mme Sophie Taillé-Polian.

Mme Sophie Taillé-Polian. Cet amendement a pour objet de maintenir la disposition de l'alinéa 2 de l'article L. 632-2 du code de l'éducation, afin que les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur continuent de fixer le nombre d'internes à former par spécialité et par subdivision territoriale. En effet, certaines spécialités, notamment la gynécologie médicale – mais il en existe certainement d'autres – souffrent d'un manque d'effectifs. Il existe ainsi un risque, pressenti par les professionnels, d'extinction de la discipline. Nous souhaiterions avoir des garanties sur cette question.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement prévoit la détermination du nombre de postes d'internes au niveau national préalablement à leur répartition par spécialité et par subdivision territoriale, ce qui paraît aller de soi aux yeux de la commission des affaires sociales. L'alinéa 9 fait en effet référence à une répartition des postes ouverts aux étudiants de troisième cycle, ce qui signifie que le nombre de ces postes a nécessairement été défini avant de pouvoir être réparti. C'est la raison pour laquelle la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 392 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'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, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Compléter cet alinéa par les mots :

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

La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Il s'agit d'optimiser l'estimation des besoins en santé en lien avec tous les acteurs régionaux.

La responsabilité des universités à l'égard des départements qui les entourent est insuffisamment énoncée. L'université ne peut plus continuer de former des médecins sans se préoccuper de leur exercice dans les départements.

M. le président. L'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 Nicolaÿ, Chatillon et Magras, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Compléter cet alinéa par les mots :

déterminés en concertation avec les représentants de la profession des territoires

La parole est à M. Michel Magras.

M. Michel Magras. L'amendement est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 642 rectifié *ter*, présenté par Mme Imbert, préconise la concertation avec les représentants de la profession dans les départements pour la répartition des postes ouverts aux étudiants de troisième cycle.

Quant à l'amendement n° 777 rectifié, il préconise la concertation avec les représentants de la profession dans les territoires au lieu des départements.

Je m'interroge sur la notion de représentants de la profession dans les territoires et celle de représentants de la profession dans les départements. Elles me paraissent beaucoup trop imprécises pour figurer dans la loi. De qui s'agit-il exactement ?

En tout état de cause, j'espère que les professionnels seront en effet consultés pour la détermination des postes d'internat, sans qu'il soit besoin de le préciser dans la loi. Mme la ministre pourra nous le confirmer, du moins je l'espère, en nous indiquant quels organismes seront consultés. Dans cette attente, la commission demande le retrait de ces amendements ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le territoire et ses particularités sont évidemment indissociables des choix que nous faisons en termes de démographie des médecins à former.

Les postes ouverts pour l'accès au troisième cycle sont répartis après avis de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et sa déclinaison régionale. Dans cet organisme, une consultation des comités régionaux, au sein desquels figurent les professionnels du secteur, est prévue. Par conséquent, les acteurs du système de santé et des formations médicales sont représentés dans cet observatoire régional.

Je l'ai dit hier, nous pensons qu'il faut renforcer le pilotage de ces structures, qui évaluent la démographie médicale et les besoins en professionnels de santé. Nous souhaitons ainsi renforcer le pilotage régional des observatoires régionaux de la démographie des professions de santé.

Ces amendements sont déjà satisfaits, puisque les professionnels de santé participent à ces observatoires. Le Gouvernement demande donc leur retrait ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. L'amendement n° 642 rectifié *ter*, qui se réfère aux départements, tend à délimiter un champ un peu plus large que celui qui vise les territoires. Son adoption permettrait de régler le problème des départements limitrophes d'une région dans laquelle il y a une université de médecine et un CHU, où les étudiants suivent leurs études.

Ainsi, l'Aisne ne fait pas partie de la région Grand Est, mais les étudiants originaires de ce département s'inscrivent volontiers en médecine à Reims. Il faut donc être attentif à la

situation de ces territoires périphériques : il n'y a pas forcément d'adéquation géographique entre la région administrative d'origine et le lieu des études.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

Mme Corinne Imbert. Je fais confiance à Mme Buzyn pour associer les acteurs aux décisions, mais il était important qu'elle s'y engage.

Je vais retirer l'amendement n° 642 rectifié *ter*, mais j'observe que Mme la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche a donné hier un avis favorable à un amendement à l'article 1^{er} visant à instaurer une répartition équilibrée des futurs professionnels sur le territoire au regard des besoins de santé : ma proposition me semblait aller dans ce sens. Il faut que les représentants des départements soient consultés, et je souscris sans réserve aux remarques de mon collègue René-Paul Savary.

M. le président. L'amendement n° 642 rectifié *ter* est retiré.

La parole est à M. Michel Magras, pour explication de vote sur l'amendement n° 777 rectifié.

M. Michel Magras. Mme la ministre nous ayant expliqué qu'il est satisfait, je retire cet amendement, dont je suis cosignataire, mais j'adhère moi aussi sans réserve aux propos de mon collègue René-Paul Savary.

M. le président. L'amendement n° 777 rectifié est retiré.

L'amendement n° 295 rectifié, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

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 ;

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Avec cet amendement, nous nous plaçons au carrefour de trois problématiques : l'augmentation constante du nombre de jeunes qualifiés plus ou moins contraints de quitter leur département d'origine, faute de perspectives suffisantes ; l'aggravation des difficultés d'accès aux soins ; le manque d'infrastructures de formation aux professions de santé dans les territoires ultramarins.

Le dernier rapport de France Stratégie est édifiant : un Antillais sur quatre – et près d'un Guadeloupéen sur deux – âgé de 20 à 34 ans vit en France hexagonale ; 53 % des Guadeloupéens et 50 % des Guyanais diplômés du supérieur partent y chercher un emploi. Il y a là un sérieux problème pour le développement économique de ces territoires, qui vivent une véritable fuite des cerveaux, alors même que le taux de diplômés du supérieur y est encore inférieur à celui de l'Hexagone.

La situation sociodémographique des outre-mer conduit à un paradoxe spécifique : alors que les besoins en offre de soins y sont en moyenne plus élevés, l'accès aux soins y est rendu plus difficile. Cela tient évidemment au départ de nombreux jeunes médecins, mais aussi au vieillissement croissant de la population. Outre la question du vieillissement, il faut aussi prendre en compte les difficultés spécifiques de ces régions.

Je soulèverai par ailleurs, à la suite du député Gabriel Serville, la question des formations de santé dans les outre-mer : notre collègue a rappelé devant l'Assemblée nationale qu'il n'existait pas encore de cursus d'études de médecine complet dans ces territoires. Les étudiants sont donc obligés de partir effectuer leur deuxième cycle ailleurs, ce qui réduit de fait leurs chances d'exercer la spécialité de leur choix dans leur région d'origine.

Telles sont les raisons qui motivent notre proposition d'accorder une priorité d'affectation aux étudiants ultramarins qui le souhaitent.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Il me semble, madame Gréaume, que la préoccupation légitime que vous exprimez est satisfaite par l'alinéa 10 de l'article 2, qui porte sur l'affectation des étudiants sur les postes d'interne, et non sur la répartition initiale de ces postes par spécialité et par territoire.

L'alinéa 10 prévoit en effet que l'affectation des étudiants sur les postes d'internat tient notamment compte du parcours de formation antérieur et du projet professionnel des étudiants. Mme la ministre pourra d'ailleurs nous dire s'il est envisagé de prévoir des dispositions spécifiques aux outre-mer dans le décret prévu par l'article 2.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis de la commission serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Frédérique Vidal, ministre. Madame la sénatrice, les outre-mer sont effectivement confrontés à des enjeux de santé publique et de démographie médicale d'une acuité particulière, dont le Gouvernement tient évidemment compte dans ses décisions. Le Livre bleu des outre-mer contient un chapitre dédié à la santé et à l'offre de soins, qui exprime nos ambitions en la matière. Des dispositifs spécifiques, comme les postes d'assistants spécialistes en outre-mer, financés par l'État, sont déployés.

Inscrire dans la loi une priorité d'affectation sur les postes d'interne pour les étudiants ayant effectué leur premier cycle dans ces territoires constituerait une rupture d'égalité. En outre, la prise en compte du parcours de formation et du projet professionnel permettra de valoriser les étudiants qui ont démontré un intérêt particulier pour ces territoires. Les textes réglementaires préciseront ces points.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis du Gouvernement serait défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Madame la ministre, j'ai bien compris l'argumentation de M. le rapporteur, nous expliquant que notre amendement était satisfait, mais je n'ai pas eu le sentiment, en vous écoutant, que vous alliez dans le même sens que lui. Notre groupe a à cœur d'évoquer les problèmes spécifiques des territoires ultramarins ; il y a vraiment, en la matière, beaucoup à faire. Si notre amendement est satisfait, nous en prendrons acte, mais peut-être pourriez-vous simplement, madame la ministre, repréciser votre pensée.

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

Mme Frédérique Vidal, ministre. J'ai simplement relu, sans le dire, l'alinéa 10, que M. le rapporteur avait cité. Votre amendement est bel et bien satisfait par cet alinéa.

M. le président. Madame Gréaume, l'amendement n° 295 rectifié est-il retiré ?

Mme Michelle Gréaume. Oui, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 295 rectifié est retiré.

L'amendement n° 177 rectifié, présenté par MM. Joël Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllegatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévile et Tocqueville, MM. Sueur et Montaúgé, 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, est ainsi libellé :

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,

La parole est à M. Joël Bigot.

M. Joël Bigot. On le sait, trop de nos territoires sont touchés par la désertification médicale, et nos concitoyens sont trop nombreux à éprouver des difficultés à se soigner et à accéder à des services de soins de qualité. Même en Maine-et-Loire, département plutôt bien doté comparé à d'autres, je suis régulièrement sollicité par des habitants inquiets de voir le cabinet médical de leur commune fermer faute de personnel.

Notre rôle de parlementaires est de nous attaquer à ce problème et de permettre à chacun de pouvoir se soigner quel que soit son lieu de résidence, et ce dans les meilleures conditions possible.

Or force est de constater que le présent projet de loi ne répond pas aux attentes de nos concitoyens en matière de lutte contre les déserts médicaux ; nombre d'amendements en discussion en témoignent.

En cohérence avec la position que nous avons défendue en commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, nous proposons une piste intéressante pour inciter les étudiants en médecine à effectuer des stages en zones sous-denses et à venir ainsi renforcer l'offre de soins dans les territoires les moins bien dotés.

L'accès au troisième cycle de médecine est conditionné par l'obtention d'une note minimale à des épreuves nationales permettant d'établir que l'étudiant a acquis des connaissances et compétences suffisantes au regard des exigences de la formation de troisième cycle. Les étudiants sont ensuite répartis sur des postes ouverts par spécialité et par subdivision territoriale. Leurs choix sont satisfaits ou non en fonction de leur classement, qui prend en compte leurs résultats aux épreuves, leur parcours de formation, leur projet professionnel et, le cas échéant, leur situation de handicap.

À ces critères, nous souhaitons ajouter celui d'avoir ou non effectué un ou plusieurs stages en zone sous-dense. Le dispositif de cet amendement n'impose rien ; il n'est qu'incitatif. Il

s'agit de valoriser les jeunes qui ont entamé une démarche vertueuse en effectuant leurs stages dans des territoires où l'offre de santé est insuffisante.

Cette mesure suscitera peut-être des vocations chez des jeunes qui, une fois leurs études achevées, viendront s'installer dans nos territoires.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Si je résume, il s'agit de prendre en compte la réalisation d'un stage en zone sous-dense pour l'affectation des étudiants par spécialité et par subdivision territoriale à la fin du deuxième cycle.

Pour l'ensemble des raisons que nous avons déjà évoquées hier, le fait d'avoir effectué un stage en zone sous-dense ne nous paraît pas devoir orienter le choix par les étudiants d'une spécialité.

Si cette proposition était adoptée, un étudiant qui souhaiterait s'orienter vers une spécialité très pointue et qui présenterait des aptitudes en la matière serait défavorisé par rapport à un autre qui aurait fait, sur la base du volontariat, un stage de médecine générale en zone sous-dense. Encore une fois, posons-nous la question du profil que nous souhaitons pour les médecins de demain.

Je suis en revanche tout à fait favorable à ce que l'on valorise le fait d'avoir effectué, sur la base du volontariat, des stages en ambulatoire ou des stages hospitaliers supplémentaires pour l'orientation vers une spécialité. C'est d'ailleurs, semble-t-il, ce que prévoira le décret prévu à l'article 2, d'après les indications que m'a données la DGOS, la Direction générale de l'offre de soins.

Du strict point de vue de la formation médicale, je ne suis pas certain qu'un stage effectué spécifiquement en zone sous-dense apporterait quoi que ce soit. Avis défavorable

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 177 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'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, est ainsi libellé :

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.

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Afin de minimiser la part de subjectivité dans le jugement des jurys d'admission et d'éviter des distorsions importantes de traitement entre étudiants en fonction de leur région d'origine, ainsi que des disparités entre les facultés de médecine françaises, le poids des résultats aux épreuves devrait être prépondérant.

M. le président. L'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, est ainsi libellé :

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 ;

La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Cet amendement, presque identique au précédent, est défendu, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 2 prévoit que plusieurs critères seront pris en compte pour l'affectation des étudiants à un poste de troisième cycle : les résultats à des épreuves spécifiques de compétences et de connaissances, auxquelles les étudiants devront avoir obtenu une note minimale, le parcours de formation des étudiants, leur projet professionnel, ainsi que, le cas échéant, leur situation de handicap.

Animé par la même inquiétude que les auteurs des amendements, j'ai interrogé la DGOS sur la hiérarchisation de ces différents critères. Elle m'a indiqué que les résultats aux épreuves de compétences et de connaissances continueront de tenir une place prépondérante pour l'orientation des étudiants en troisième cycle ; je l'ai d'ailleurs écrit dans mon rapport. Mme la ministre pourra sans doute nous le confirmer.

Il me semble donc inutile d'intégrer ces précisions dans la loi, d'autant que la rédaction des amendements pose plusieurs problèmes – il faudrait notamment définir précisément les notions d'égalité des chances et de conditions d'équité.

Je demande donc le retrait de ces amendements ; à défaut, l'avis de la commission serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Frédérique Vidal, ministre. La rénovation profonde des modalités d'accès aux études, manifestée notamment par la suppression des épreuves classantes nationales, ne signifie évidemment pas l'abandon du principe d'égalité entre les candidats.

Les textes réglementaires qui seront issus des concertations en cours préciseront que les épreuves écrites seront bien sûr anonymes. Comme j'ai eu l'occasion de le dire hier, il semble même que l'on se dirige vers des épreuves organisées à l'échelon national. Ces textes détermineront également les procédures permettant d'organiser les épreuves de vérification des compétences en situation, qui, par nature, ne sauraient être écrites, mais qui seront évidemment encadrées dans des conditions garantissant l'absence de liens d'intérêt entre examinateurs et candidats et l'équité de traitement entre ces derniers.

Par conséquent, il ne nous paraît pas nécessaire de faire figurer cette précision dans la loi. Je demande donc aux auteurs de ces amendements de bien vouloir les retirer ; à défaut, l'avis du Gouvernement serait défavorable.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Je retire l'amendement n° 494 rectifié, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 494 rectifié est retiré.

Madame Imbert, l'amendement n° 641 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Corinne Imbert. Non, je le retire, monsieur le président, en remerciant M. le rapporteur d'avoir levé nos inquiétudes et Mme la ministre d'avoir apporté ces précisions, propres à rassurer tout le monde.

M. le président. L'amendement n° 641 rectifié *bis* est retiré.

L'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, Cuyper et B. Fournier, Mmes Canayer, A.M. Bertrand et Lamure et M. Gremillet, est ainsi libellé :

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 ;

La parole est à M. Vincent Segouin.

M. Vincent Segouin. La gestion du cabinet ne doit pas représenter un frein à l'installation des nouveaux médecins généralistes. Or les futurs médecins n'ont que peu l'occasion, au cours de leurs études, d'aborder les principes économiques, financiers ou managériaux qui régissent la gestion d'un cabinet.

Cet amendement vise, par conséquent, à ce qu'une formation théorique leur soit dispensée au cours du troisième cycle de médecine. Cela répondrait à la demande de nombre d'entre eux.

À l'heure actuelle, un nouveau médecin généraliste préfère souvent s'installer en centre ou en maison de santé afin d'être entouré de confrères déjà installés. La méconnaissance des modalités de gestion d'un cabinet médical peut freiner des projets pourtant cohérents et viables. Dispenser une telle formation permettrait de favoriser les premières installations en cabinet et ainsi d'augmenter le nombre des installations dans les zones rurales, où il arrive que les centres de santé fassent défaut.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement de M. Segouin a pour objet de préciser que le décret en Conseil d'État qui déterminera l'organisation du troisième cycle des études de médecine devra fixer les modalités d'une formation théorique en matière de gestion des cabinets libéraux, de comptabilité et de fiscalité.

La commission étant opposée à l'inscription du contenu des études de santé dans la loi, son avis sur cet amendement est défavorable.

L'adoption d'une telle proposition pourrait en outre avoir un effet contre-productif, s'agissant de tous les autres contenus essentiels qui, *a contrario*, ne seraient pas mentionnés dans la loi.

Ce raisonnement et cet avis négatif vaudront pour tous les amendements dont l'objet est d'inscrire dans la loi l'enseignement de sujets comme l'homéopathie, l'aromathérapie, l'herboristerie, etc. Ce n'est pas à la loi de déterminer le contenu des études.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Je voudrais préciser, à l'intention de notre collègue, que certaines régions proposent déjà des modules pour préparer les étudiants à la mise en œuvre de leur projet professionnel et leur permettre d'acquérir des compétences de gestionnaire et de comprendre la fiscalité et l'organisation des territoires.

Ces modules ne sont sans doute pas suffisamment présents sur l'ensemble du territoire national, mais il existe aujourd'hui une volonté réelle de les généraliser, tant ils sont utiles à tous les jeunes qui les suivent.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. C'est un amendement très pragmatique, inspiré par la réalité du terrain.

Pourquoi les jeunes médecins ne veulent-ils pas s'installer en cabinet ? Parce qu'entrer dans une SCM, une société civile de moyens, qui est encore la structure juridique régissant nombre de cabinets médicaux, c'est s'ancrer pour longtemps. Sortir d'une SCM, en effet, n'est pas facile ! C'est d'ailleurs pourquoi les professionnels exerçant en maison médicale préfèrent le cadre de la SISA, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires.

Le second frein à l'installation tient à l'embauche de personnel : les jeunes n'y sont pas du tout formés.

Je partage bien entendu l'avis du rapporteur : une telle formation ne doit pas être intégrée au cursus des études médicales. Pour autant, il faut vraiment que les futurs médecins soient accompagnés et préparés à faire face aux contraintes liées à l'installation. Il reste à déterminer s'il reviendra aux collectivités territoriales, à l'ARS ou à d'autres acteurs d'organiser cet accompagnement.

M. le président. La parole est à M. Vincent Segouin, pour explication de vote.

M. Vincent Segouin. Je voudrais être sûr d'avoir bien compris : une telle formation, à défaut d'être inscrite dans la loi, sera-t-elle intégrée au cursus ? Fera-t-elle l'objet d'une généralisation au niveau national ?

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ce sont aujourd'hui les doyens des facultés de médecine qui organisent les modules de formation et déterminent quels sujets prioritaires nécessitent un enseignement.

Avec Mme la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, nous avons pris l'engagement devant l'Assemblée nationale de communiquer aux doyens une liste de sujets extrêmement sensibles, évoqués par les parlementaires, qui mériteraient de faire l'objet d'un enseignement : entre autres, les violences faites aux femmes, les violences faites aux enfants, le handicap, psychique ou physique, les vulnérabilités.

L'idée est de ne pas inscrire ces sujets dans la loi, mais de sensibiliser les doyens des facultés de médecine au fait que vous tenez particulièrement à ce que ces enseignements soient dispensés.

Le thème évoqué ici sera ainsi mentionné dans le courrier qui sera envoyé aux doyens à la suite de nos débats, à charge pour ceux-ci, ensuite, d'évaluer les besoins de leurs étudiants en termes de modules de formation, de nombres d'heures, etc.

Compte tenu des difficultés en matière d'installation, il est évident que la tendance actuelle est plutôt à la généralisation de ce type de modules sur le territoire. Cependant, les étudiants qui ne souhaitent pas s'installer, parce qu'ils s'orientent vers une spécialité hospitalière par exemple, ne doivent pas avoir l'obligation de suivre un tel module. L'idée est donc de proposer ces formations, sans les imposer.

M. le président. La parole est à M. Bernard Delcros, pour explication de vote.

M. Bernard Delcros. Je suivrai l'avis émis par la commission et par Mme la ministre : la loi ne doit pas fixer le contenu des études.

Reste que le sujet est très important. Il y a là une réelle difficulté que vivent concrètement les médecins, sur le terrain. Il faut que nous y apportions des solutions.

Élisabeth Doineau a expliqué que certaines régions agissaient déjà en ce sens ; il importe que des directives soient prises pour que de tels modules soient organisés dans l'ensemble des régions de France.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 24 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 105 rectifié *bis*, présenté par Mmes Lassarade et Micoulet, 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, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à Mme Florence Lassarade.

Mme Florence Lassarade. La mise en œuvre de la réforme du troisième cycle s'est traduite par l'affectation d'un plus grand nombre d'internes de médecine générale en ville et d'internes de phase socle en CHU.

Les établissements publics de santé ont dû s'adapter à cette évolution. Or force est de constater une hétérogénéité entre les régions en matière de politique d'agrément, et donc de répartition. Les interventions des ARS ont été très variables, s'agissant notamment du recours aux dérogations au taux d'inadéquation.

Il est aujourd'hui fondamental de revoir et de 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, la Cnemmpop.

M. le président. L'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. Cuyper, Mme Imbert, MM. Rapin, Bouloux, Charon, Sido et J.M. Boyer, Mme Lamure et M. Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Bernard Bonne.

M. Bernard Bonne. Cet amendement est presque identique au précédent. Il importe que les établissements soient davantage associés à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques et, à ce titre, intègrent la Cnemmpop.

M. le président. L'amendement n° 294, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

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 ;

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement constitue la reprise d'un amendement déposé par nos collègues du groupe de la gauche démocrate et républicaine, à l'Assemblée nationale. Il s'agit d'associer davantage les établissements de santé à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques.

Madame la ministre Frédérique Vidal, vous aviez répondu à notre collègue Pierre Dharréville que, « compte tenu du nombre, de l'importance et du caractère éminemment transversal des différentes réformes des études médicales en cours, [vous n'étiez pas] opposée à l'idée d'adapter le dispositif de gouvernance en vigueur pour assurer la représentation des parties prenantes directement concernées et l'articulation avec les réformes relatives aux formations non médicales ».

Je déduis de cette situation que vous vous apprêtez à approuver sans réserve notre amendement...

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Ces amendements, quoique légèrement différents, sont inspirés par une même préoccupation.

Leurs auteurs souhaitent qu'il soit précisé que le décret en Conseil d'État qui réglera l'organisation du troisième cycle des études de médecine devra également fixer la gouvernance de la réforme, à laquelle devront être associés les établissements publics de santé.

La commission n'est pas favorable à cette précision, pour une raison de forme et une raison de fond.

Pour ce qui est de la forme, je ne vois pas bien à quoi se réfère la notion de « gouvernance de la réforme ». S'agirait-il de la réforme de l'accès au troisième cycle, et donc de la fin du deuxième cycle, ou de la réforme du troisième cycle ? Cette dernière a déjà été mise en œuvre à la rentrée 2017. La rédaction proposée me semble donc manquer de clarté.

Sur le fond, il me paraît assez inéquitable d'associer à la gouvernance uniquement les établissements publics de santé, au détriment de tous les autres acteurs susceptibles d'être concernés.

Je demande donc aux auteurs de ces amendements de bien vouloir les retirer ; à défaut, l'avis de la commission serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Frédérique Vidal, ministre. Il est également défavorable.

Je confirme la réponse que j'ai donnée à l'Assemblée nationale et que Mme la sénatrice Cohen a rappelée, en précisant que ces ajustements pourront être réalisés par voie réglementaire.

M. le président. Madame Lassarade, l'amendement n° 105 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Florence Lassarade. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 105 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Bonne, qu'en est-il de l'amendement n° 30 rectifié *bis* ?

M. Bernard Bonne. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 30 rectifié *bis* est retiré.

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote sur l'amendement n° 294.

Mme Laurence Cohen. Il nous semble essentiel que les établissements publics de santé soient associés à la gouvernance. Il nous a été dit que cela pourrait être fait par voie réglementaire : nous retirons notre amendement, en espérant que cette indication sera suivie d'effet !

M. le président. L'amendement n° 294 est retiré.

L'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 Prévile, MM. Requier et Roux, Mme Tetuanui et MM. Vall et Vogel, est ainsi libellé :

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 ;

La parole est à M. Joël Labbé.

M. Joël Labbé. Les dispositions de cet amendement sont issues de l'une des recommandations de la mission sénatoriale sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales.

Conforme à l'esprit qui a animé le travail des sénatrices et sénateurs qui ont participé à cette mission et qui continuent de s'impliquer pour la mise en œuvre de ses recommandations, il a été signé par des membres des différents groupes politiques de notre assemblée.

Le rapport de la mission recommande l'introduction d'une sensibilisation aux plantes dans la formation initiale des médecins. Notre travail a en effet permis de constater l'absence totale d'une telle formation aujourd'hui. Pourtant, de plus en plus de patients recherchent des soins à base de plantes, parfois sans en parler à leur médecin, qui, d'ailleurs, n'est souvent pas formé pour répondre à cette demande et ne pense pas nécessairement à interroger le patient sur ses pratiques.

Le médecin ne pourra donc pas prendre en compte les potentielles interactions médicamenteuses.

De plus, de nombreuses plantes sont d'une efficacité reconnue et présentent un véritable intérêt pour la santé publique. Pour ne prendre qu'un exemple, certaines huiles essentielles diminuent la résistance des bactéries aux antibiotiques.

Il est donc essentiel de développer la formation des médecins à l'usage des plantes médicinales, particulièrement répandue dans les outre-mer, où il représente un enjeu important.

L'Ordre des médecins, dont nous avons auditionné des représentants dans le cadre de la mission, avait lui-même déclaré que, « compte tenu effectivement du déficit de formation initiale dans ce domaine, de la demande croissante en matière de plantes médicinales, de l'obligation qu'a le médecin d'apporter une information la plus éclairée possible et d'alerter sur le risque d'interactions médicamenteuses, il y a certainement un volume de formation complémentaire à prévoir dans le cadre de la formation initiale ».

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je voudrais tout d'abord rectifier une erreur que M. Labbé a commise. Il y a effectivement eu une mission d'information officielle sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales, dont le rapport a d'ailleurs été adopté malgré l'opposition de certains collègues (*M. Joël Labbé fait un signe de dénégation.*), mais il n'y en a pas eu d'autres : le groupe informel que vous êtes en train de mettre en place n'est ni financé ni reconnu par le Sénat, mon cher collègue.

Le dispositif de cet amendement est peu clair. S'agit-il de mettre en place une nouvelle filière, voire une spécialité en troisième cycle, ou de prévoir que les étudiants de troisième cycle seront formés à ces thématiques ? Dans le premier cas, la question de la recevabilité financière de l'amendement se poserait. Dans le second, il s'agirait d'inscrire le contenu des études de médecine dans la loi, ce à quoi la commission des affaires sociales n'est pas favorable, pour les raisons que nous avons déjà exposées à plusieurs reprises.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Joël Labbé, pour explication de vote.

M. Joël Labbé. Monsieur le rapporteur, je n'ai pas du tout commis d'erreur. La mission que j'ai évoquée est bien la mission d'information officielle, et non le groupe de travail informel que j'anime par ailleurs, composé de sénatrices et de sénateurs de toutes tendances politiques. En outre, les conclusions de la mission d'information ont été adoptées à l'unanimité.

Je pourrais retirer mon amendement si le Gouvernement s'engageait – ce n'est pas du tout du chantage ! – à saisir du problème les doyens des facultés de médecine. Comme je l'ai indiqué, il y a une complémentarité de fait entre la médecine par les plantes et la médecine allopathique. Or nombre de médecins ne disposent pas des connaissances nécessaires. Sans donner aucune injonction au Gouvernement, j'estime qu'il faut apporter une véritable réponse aux attentes sociétales tant des médecins que des patients, dans l'intérêt de tous.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le sénateur, je comprends bien sûr votre inquiétude relative aux interactions médicamenteuses avec les plantes. En réalité, c'est toujours de la chimie : la plupart des médicaments sont issus des plantes. Les molécules employées dans les chimiothérapies proviennent des écorces d'ifs et donnent de très bons résultats contre le cancer.

Afin d'éviter toute interaction, les plantes comme les médicaments doivent faire l'objet d'une attention particulière. En général, ce sont les pharmaciens qui maîtrisent le mieux les interactions avec les plantes médicinales. Il me semble plus légitime que cela fasse partie de leur formation. Ils sont de plus en plus fortement engagés dans la conciliation médicamenteuse : dès qu'il y a des prescriptions complexes, c'est à eux d'intervenir.

Je propose de sensibiliser les doyens aux interactions médicamenteuses ; c'est un vrai sujet. Libre ensuite à chacun d'entre eux de mettre en place tel ou tel module de formation. Voilà l'engagement que je prends devant vous.

M. le président. La parole est à Mme Angèle Prévaille, pour explication de vote.

Mme Angèle Prévaille. Ayant moi aussi participé à la mission d'information sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales et cosigné cet amendement, je souhaite me livrer à un plaidoyer sincère en faveur de la mise en place d'une formation à la santé par les plantes.

Les travaux de la mission d'information nous ont révélé un monde prometteur, vertueux de soins plus respectueux de notre santé. Il s'agit là tout simplement de l'intérêt général. Comment sommes-nous passés à côté d'une telle richesse ? Comment l'avons-nous ignorée, avec quelque mépris parfois pour des pratiques ancestrales qui avaient fait leurs preuves ? Comment avons-nous pu abandonner ces médications d'équilibre, aveuglés par le mirage du « tout chimique » ? Comment avons-nous pu supporter les effets secondaires des médicaments, dont les listes, longues comme le bras, sont éloquentes et font littéralement peur ?

Bien sûr, la chimie est nécessaire, mais elle ne peut pas tout. Il faut le reconnaître, nous sommes allés trop loin en voulant remplacer ce qui était efficace contre les maux du quotidien. Les plantes sont notre chance; nous le savons. Depuis la nuit des temps, elles ont permis à l'humanité de se soigner et de traverser les siècles, puisque nous sommes là!

Certes, elles sont à l'origine de nos médicaments. Les travaux de la mission d'information nous ont révélé que la demande de nos concitoyennes et concitoyens, qui s'informent et utilisent les plantes, est très forte.

Nous avons notamment, dans le cadre de la mission, rencontré dans le Diois trois personnes, un médecin, un pharmacien et une herboriste, qui travaillaient ensemble en parfaite harmonie, dans le respect des patients, et qui constituaient une magnifique équipe au service de la santé sur leur territoire.

Les plantes doivent être enseignées, en particulier aux médecins s'ils veulent les prescrire. Elles le sont actuellement insuffisamment. Le module doit être substantiel et absolument scientifique. Ne passons pas à côté du trésor que nous offre la nature. Parfaitement adapté à nos problèmes de santé, il constitue une promesse pour la population de notre pays. (*Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain. – M. Joël Labbé applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. Attention à ne pas tomber dans le piège de croire que la phytothérapie est une médecine douce! Comme l'a rappelé Mme la ministre, la plupart des médicaments du Codex sont issus des plantes et les propriétés de celles-ci sont loin d'être anodines.

Certes, je n'ai pas participé à la mission d'information. En revanche, voilà bien longtemps, j'avais passé un diplôme universitaire de phytothérapie et d'aromathérapie. Il est clair que les règles de prescription d'une ordonnance pour ce genre de traitements – soit dit en passant plus remboursés depuis les années quatre-vingt-dix – obéissent à des critères très différents de ceux de la médecine dite allopathique.

Par conséquent, que des médecins souhaitent s'orienter vers ce type de prescriptions, pourquoi pas, mais, selon moi, cela relève d'une spécialisation et la prise en charge ne sera pas remboursée.

Je ne suis pas favorable à ce que l'on charge encore la mule, si je puis dire, en enseignant des techniques en effet extrêmement complexes, mais qui sortent complètement du cadre des pratiques médicales habituelles.

M. le président. Monsieur Labbé, l'amendement n° 672 rectifié est-il maintenu?

M. Joël Labbé. Oui, monsieur le président; les explications qui m'ont été apportées ne me satisfont pas.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 672 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 679, présenté par Mmes Rossignol et M. Filleul, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mme Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Ficher, Mme Ghali, MM. Houllégatte et Jacquin, Mme G.

Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Préville et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé:

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;

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. Cet amendement du groupe socialiste et républicain vise à intégrer dans la formation initiale et continue des médecins des modules relatifs aux droits des femmes, aux stéréotypes de sexe et au respect du corps d'autrui. Il s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la prise en charge de la patientèle et dans la grande cause du quinquennat. Il s'agit de mobiliser tous les leviers de notre société pour éradiquer les violences faites aux femmes.

Nous l'avons souligné à propos d'un précédent amendement, les témoignages de violences médicales à caractère sexiste, de violences obstétricales et gynécologiques se sont multipliés ces derniers mois, à la faveur des mouvements #MeToo ou #PayeTonGyneco.

C'est par la formation que nous transformerons les mentalités. Les professionnels de santé ne doivent pas manquer à l'appel. Pour cela, les médecins doivent recevoir une formation sur le repérage des violences sexuelles et sexistes, afin de lutter contre la culture sexiste qui prévaut encore dans de trop nombreux hôpitaux et de soigner correctement les victimes de telles violences.

M. le président. Quel est l'avis de la commission?

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis défavorable sur cet amendement, pour toutes les raisons qui ont déjà été exposées.

Nous ne contestons pas l'extrême intérêt du sujet, mais si l'on s'engage dans une telle démarche il faudra instituer des modules de formation sur tous les thèmes qui le méritent, sans en oublier. Cela risque d'être très difficile!

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Pour les mêmes raisons qu'hier, nous ne souhaitons pas prendre en compte dans la loi l'ensemble des sensibilités des parlementaires sur des sujets particuliers, même si ceux-ci font l'objet d'une politique publique, comme c'est le cas des violences faites aux femmes. Nous sommes extrêmement mobilisés sur ce thème. Pour autant, si nous faisons la liste des sujets prioritaires, nous risquons d'en oublier. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais, pour explication de vote.

Mme Nadine Grelet-Certenais. Au-delà de la sensibilisation politique et des actions qui sont effectivement menées par le Gouvernement, nous ciblons plus particulièrement, au travers de cet amendement, le domaine médical et les professionnels de santé, qui sont les premiers intervenants auprès des victimes de violences sexuelles et sexistes. Il nous semble

donc important de prévoir une action de sensibilisation particulière à leur intention. J'attendais une réponse de la part du Gouvernement sur ce sujet.

M. le président. La parole est à Mme Françoise Laborde, pour explication de vote.

Mme Françoise Laborde. J'entends bien que nous ne pouvons pas tout mettre dans la loi et que des éléments figureront dans le décret, les règlements... Il appartiendra aussi au conseil des programmes de faire son travail.

Cela étant dit, l'obligation de signalement pour les médecins permettrait peut-être de résoudre un certain nombre de problèmes: je profite de l'occasion pour y revenir, car la répétition est au fondement de la pédagogie! Les professionnels de santé ne peuvent pas tout savoir, mais ils peuvent signaler et s'entourer de personnes qui savent.

M. le président. La parole est à Mme Victoire Jasmin, pour explication de vote.

Mme Victoire Jasmin. Je ne comprends pas cet avis défavorable: la lutte contre les violences sexuelles et sexistes est pourtant une grande cause nationale et la grande cause du quinquennat. Faire de la prévention, inscrire ce sujet au programme des études, ce n'est pas la panacée, mais cela permettrait de sensibiliser les futurs médecins. Depuis hier, on peut voir que ce n'est pas vraiment la grande cause du quinquennat...

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

M. Alain Milon, rapporteur. C'est effectivement une grande cause nationale, dont il faut se préoccuper, mais on peut considérer qu'il en va de même, par exemple, de la santé environnementale, de l'homéopathie...

Mme Marie-Pierre Monier. Ce n'est pas du tout pareil!

M. Alain Milon, rapporteur. ... et de bien d'autres sujets abordés au travers de divers amendements: cela pourrait nous emmener très loin! Ce n'est pas à la loi de déterminer le programme des études.

Par ailleurs, madame Laborde, le Sénat travaille beaucoup sur la question de l'obligation de signalement. Vous le savez, pour avoir participé à une mission sur un autre sujet présidée par Catherine Deroche et dont les conclusions préconisent la mise en place d'une mission sur l'obligation de signalement. Le président de la commission des affaires sociales, le président de la commission des lois et Mme Deroche sont d'accord pour créer une telle mission, certainement à l'automne.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. La lutte contre les violences faites aux femmes est effectivement la grande cause du quinquennat. Nous avons une feuille de route très précise, qui a commencé à être mise en œuvre par le Gouvernement.

Dans le champ du sanitaire, nous avons lancé un appel d'offres pour la création de dix centres de psychotrauma, chargés notamment de la prise en charge des violences faites aux femmes. Ils devront mettre en place un réseau dans les établissements de santé de leur région, avec obligation de formation des médecins qui prennent en charge ces patients, notamment dans les services d'urgence. Tout cela est déjà organisé. Nous avons financé ces dix centres de psychotrauma: j'ai même inauguré celui de Lille voilà quelques mois. Il s'agit de réseaux territoriaux coordonnés par un centre national de ressources et de résilience, égale-

ment financé par l'État et implanté à Lille. Ce centre va diffuser les bonnes pratiques en matière de prise en charge des personnes victimes de violences.

Nous sommes donc extrêmement attentifs aux violences faites aux femmes, mais également aux violences faites aux enfants, dont nous avons débattu hier.

Quant à l'obligation, pour les médecins, de déclarer les cas de violences faites aux femmes, elle est enseignée dans le cadre du module « vulnérabilités », qui existe dans toutes les facultés. Il permet aussi un enseignement sur les personnes en situation de handicap. Par ailleurs, cette obligation de déclaration est également enseignée dans le cadre du module de médecine légale.

Comme M. le rapporteur, nous pensons qu'il ne faut pas chercher à inscrire dans la loi la totalité des thématiques d'intérêt devant faire l'objet d'un enseignement, car nous risquerions d'en oublier. Elles sont toutes d'importance, qu'il s'agisse des violences faites aux femmes, des violences faites aux enfants, de la prise en charge du handicap physique ou psychique, des maladies génétiques, des maladies rares, de la santé environnementale... Il sera souligné, dans le courrier que Frédérique Vidal et moi-même adresserons dès lundi aux doyens de faculté, que les parlementaires sont particulièrement attentifs à ce que ces sujets soient bien enseignés. Nous prenons cet engagement, mais il nous semble que, pour éviter d'être pris en défaut, il faut ne rien inscrire dans la loi concernant le contenu des programmes.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. Nous avons bien compris que ni le Gouvernement ni le rapporteur ne souhaitent que l'on inscrive dans la loi des recommandations de ce type.

Néanmoins, si nous le faisons, aucun étudiant en médecine, aucun doyen de faculté n'ira s'imaginer que le contenu des études médicales se limite à ce qui figure dans la loi. Mentionner les violences faites aux femmes ou aux enfants, la santé environnementale ne serait pas exclusif des autres thématiques. Il est évident que l'énumération ne saurait être exhaustive.

Cela étant, il existe tout de même des thématiques transversales. Je me félicite, madame la ministre, des projets d'ouverture de centres de psychotrauma et de l'existence, depuis plusieurs années déjà, de médecins référents dans un certain nombre d'établissements hospitaliers. Cependant, les femmes ne sont pas un public spécifique. Pour nous, tout l'enjeu consiste à faire partager cette culture nouvelle à l'ensemble des professionnels de santé, quelle que soit leur spécialité, et à les amener à prendre en compte la question spécifique des violences faites aux femmes. C'est justement pour sortir d'une logique de publics et changer le regard des médecins que nous proposons ces amendements. Les signaux faibles émis par les femmes victimes de violences ne sont compréhensibles que par les professionnels de santé qui ont été formés à les reconnaître, quel que soit leur mode d'exercice de la médecine. (*Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à Mme Annick Billon, pour explication de vote.

Mme Annick Billon. Même si je partage entièrement les objectifs des auteurs de cet amendement, je ne le voterai pas, parce que je ne suis pas favorable à ce que l'on

inscrive dans la loi les différentes thématiques devant faire l'objet d'un enseignement. Pour autant, je ne mets pas sur un pied d'égalité la santé environnementale et les violences faites aux enfants ou aux femmes, par exemple.

Comme l'a dit ma collègue Françoise Laborde, il est urgent de se pencher sur le sujet de l'obligation de signalement. Son instauration sera peut-être la clé pour répondre à ces problématiques.

Par ailleurs, je fais confiance à toutes les femmes qui se sont engagées dans des études de médecine pour faire bouger les choses au sein du corps médical.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 679.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 680, présenté par Mme Rossignol, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérit-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllégatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Prévaille et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 13

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Angèle Prévaille.

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

De nouveaux défis sanitaires, notamment la gestion des conséquences sur la santé des pratiques et des modes de vie, attendent les professionnels de santé. Il est donc nécessaire d'adapter la formation des futurs médecins, en leur délivrant un enseignement relatif à la santé environnementale et portant, notamment, sur les effets des polluants locaux ou globaux sur notre santé ; c'est un enjeu majeur de santé publique.

En effet, on assiste à l'émergence de nouvelles pathologies. Il faut faire preuve de vigilance. Les médecins doivent disposer des connaissances nécessaires, pouvoir identifier la présence de certains polluants sur un territoire parce qu'ils auront détecté l'occurrence répétée d'une même pathologie. Cela manque cruellement à l'heure actuelle ; il nous faut nous adapter au monde d'aujourd'hui.

Les personnels du corps médical sont des interlocuteurs privilégiés pour les citoyens. Ils doivent pouvoir répondre aux inquiétudes. Ils sont écoutés et seront des leviers puissants de progrès. Ils peuvent mettre en garde leurs patients, les appeler à la vigilance. Ils ont un rôle majeur à jouer. Il est nécessaire qu'ils soient formés, afin de pouvoir mieux informer les populations et participer au changement des pratiques dangereuses pour la santé et l'environnement.

Les professionnels de santé doivent connaître les risques des expositions aux polluants et les solutions à mettre en place. Un enseignement sur la santé environnementale doit

être mis au programme des études de médecine. Les futurs médecins sont d'ailleurs eux-mêmes demandeurs de formations sur les effets de l'environnement sur la santé et sur les enjeux à venir, car la jeunesse actuelle se préoccupe particulièrement de ces sujets.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je ferai la même réponse que pour les amendements précédents. Cette fois, il s'agit d'introduire dans le cursus des études médicales un enseignement sur la santé environnementale. L'avis est défavorable, même si personne ne nie l'importance du sujet : il y va de l'avenir de l'humanité.

Madame Rossignol, si nous mentionnons les violences faites aux femmes, les violences faites aux enfants, les maladies rares ou la santé environnementale dans la loi, la prise en compte de ces sujets s'imposera à tout le monde, mais les thématiques ne figurant pas dans la loi risquent d'être négligées. Là est le vrai problème : il y a un risque majeur à inscrire dans la loi des mentions qui devront, par contre, figurer dans le décret ou dans le courrier que les ministres adresseront aux doyens de faculté.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. François de Rugy et moi-même sommes très mobilisés sur les enjeux de santé environnementale. Ainsi, nous avons lancé, en janvier dernier, les travaux sur le futur plan national « Mon environnement, ma santé », dont la formation des professionnels de santé constituera un axe important. L'élaboration de ce plan fait aujourd'hui l'objet de groupes de travail réunissant les parties prenantes. Ce plan sera ainsi coconstruit avec l'ensemble des acteurs pendant toute l'année 2019. Il ne faut donc pas anticiper sur les échanges et sur le contenu des modules de formation. Comme je l'ai déjà indiqué, nous ne souhaitons pas inscrire le contenu des programmes dans la loi.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Ce débat m'inspire quelques réflexions. Nous avons souligné en préambule que s'en tenir à la modification du processus de sélection des étudiants et à la suppression des épreuves classantes nationales, les ECN, faisait sens, parce qu'il fallait redessiner le deuxième cycle pour faire partager aux étudiants une autre approche de la santé et de la médecine.

Les contenus ne sont pas du domaine de la loi : je souscris à l'avis du rapporteur sur ce point. Si la part des contenus techniques reste fondamentale, les sujets soulevés au travers de ces amendements, qui d'ailleurs survalorisent le rôle des médecins, ont une dimension sociale et environnementale et ne concernent pas, à ce titre, que les seuls professionnels de santé.

À mon sens, les futurs médecins doivent être formés autrement. On a évoqué hier la nécessité de sortir de la surfilialisation, de l'hyperspécialisation. Il va falloir retravailler ces questions. Il est très bien que Mme la ministre adresse un courrier aux doyens de faculté pour les sensibiliser à ces sujets, mais, au-delà, il faudra mettre en place d'autres types d'actions. En l'espèce, la prise en compte des problématiques de santé environnementale dans les études de médecine reste tout à fait insuffisante et déconnectée de l'importance des enjeux, y compris sur le plan purement sanitaire. Cette année, nous avons appris que la pollution de l'air était désor-

mais la première cause de mortalité dans notre pays, avec 72 000 décès, contre 48 000 auparavant – et épargnez-nous le débat sur les morts prématurées, madame la ministre...

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 680.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 827, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

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. » ;

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination, relatif à l'application de l'article 2 aux outre-mer.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Frédérique Vidal, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 827.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 291, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et Brulin, M. Ouzoulias et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Madame la ministre, vous êtes sensible aux liens et conflits d'intérêts qui peuvent exister dans le domaine de la recherche, mais vous avez rejeté, à l'Assemblée nationale, un amendement proche de celui-ci, au motif que son adoption conduirait *de facto* à interdire les stages dans les maisons de santé ou les établissements privés. Nous sommes d'accord sur le fond, et nous espérons donc que vous soutiendrez notre amendement, qui est rédigé différemment.

Il y a aujourd'hui une problématique très importante de neutralité économique et commerciale à l'université. Les politiques successives de restrictions budgétaires et le développement des fondations privées en matière d'enseignement supérieur et de recherche ont conduit les universités à se tourner vers les entreprises privées pour financer leurs projets.

Ainsi, la société de préparation pharmaceutique Genzyme et sa concurrente AstraZeneca ont versé respectivement 46 000 et 31 000 euros à certaines universités. Selon le mensuel *Alternatives économiques*, la conception selon laquelle « les médecins qui n'ont pas de liens d'intérêts sont des médecins sans intérêt » prévaut trop souvent. C'est ainsi que les universités de Strasbourg, d'Amiens ou de Paris VII ont signé entre 150 et 534 conventions avec des laboratoires privés leur fournissant moyens humains 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 parfois plus facilement de tareg ou d'irbésartan que d'anti-angiotensine. Dans le cadre de l'enseignement, ils conditionnent donc leurs étudiants à l'emploi de produits et de marques définis plutôt qu'à celui des substances médicamenteuses contenues dans lesdits médicaments. Cette situation pose forcément plusieurs problèmes majeurs. Elle 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...

Il nous semble donc que le Gouvernement doit aujourd'hui se mobiliser fortement sur la question de la neutralité économique de l'enseignement supérieur et de la recherche, ne serait-ce que pour appuyer les efforts faits par certains enseignants et étudiants en médecine, qui dénoncent ces pratiques douteuses.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Il paraîtrait étrange à la commission de réserver ce principe de neutralité aux seules études médicales, sans l'appliquer à l'ensemble des formations supérieures ni même aux autres formations en santé. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Frédérique Vidal, ministre. Madame la sénatrice, le service public de l'éducation, dont font partie les études de médecine, a vocation à répondre à l'intérêt général et aux missions qui lui sont dévolues en respectant le principe de neutralité dans toutes ses dimensions, dont la neutralité commerciale, à laquelle vous faites référence.

L'indépendance des formations initiale et continue des professionnels de santé est un objectif que nous partageons. Tout ce qui participe à la qualité et à la pertinence des soins, objectifs centraux de l'ensemble des transformations que porte le Gouvernement, est bien sûr au cœur de nos préoccupations. C'est une exigence que nous devons à nos concitoyens.

Cependant, il s'agit ici de ce que l'on appelle des formations « professionnalisantes », inscrites dans des environnements d'exercice. La garantie de cette indépendance ne peut donc pas se limiter à des principes législatifs ou réglementaires ; elle suppose une attention prononcée dans deux directions.

Tout d'abord, il faut exercer une vigilance permanente dans la pratique d'enseignement. Toutefois, cela ne doit pas empêcher de travailler avec le monde de l'entreprise ou les industries. Nous sommes l'un des pays qui produisent le plus de connaissances, mais aussi, pour des raisons multiples, l'un de ceux qui sont le moins capables d'innover à partir de ces connaissances. Or l'une des raisons pour lesquelles l'innovation se heurte à des difficultés en France est la suspicion qui transparait au travers de votre intervention. Par exemple, si, dans le cadre de la mise en place d'un module d'apprentissage de la chirurgie par simulation, on recourt à telle marque de scialytique, cela peut faire naître le soupçon que l'on veut former les futurs chirurgiens à utiliser cette marque plutôt qu'une autre. Nous nous tirons ainsi parfois nous-mêmes des balles dans le pied !

Il faut, par ailleurs, maintenir une vigilance permanente quant à l'évolution des pratiques. Nos étudiants ont besoin d'une lecture critique des informations scientifiques et de pratiques pédagogiques innovantes. C'est un objectif philosophique qui est très largement partagé.

Cet amendement, qui questionne les liens de la formation des professionnels de santé avec l'industrie, porte un risque majeur de contentieux à terme. Il est très important de veiller au respect du principe d'indépendance, mais il ne convient pas d'inscrire celui-ci dans la loi. C'est la raison pour laquelle j'émet un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement est peut-être mal rédigé, mais il a le mérite de soulever un vrai problème. Ne fermons pas les yeux sur le fait qu'il existe des risques de conflits d'intérêts. Il faut donc établir un encadrement : quel autre véhicule que la loi pour cela ?

Les exemples évoqués par ma collègue Cathy Apourceau-Poly sont éclairants. Les moyens alloués à la recherche publique étant très faibles, les laboratoires privés s'engouff-

rent dans la brèche. Leur volonté de réaliser un profit ne serait pas choquante s'il ne s'agissait de la santé, qui ne saurait selon nous relever du secteur marchand.

Nous sommes sensibles aux propos rassurants de Mme la ministre, mais ils ne nous convainquent pas. Que va-t-on faire concrètement pour mettre un coup d'arrêt à des pratiques déviantes ? Telle est la vraie question ! Si nous sommes tous d'accord sur le principe, prenons l'engagement de légiférer afin de préserver l'enseignement et la recherche des risques que ma collègue a soulignés. Cela rejoint d'ailleurs notre proposition de créer un grand pôle public du médicament et de la recherche.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame la sénatrice Cohen, vous avez raison d'insister. Nous avons eu ce débat à l'Assemblée nationale, mais l'amendement était extrêmement mal rédigé et nous ne pouvions l'accepter.

Notre vigilance en matière d'indépendance de l'enseignement dispensé aux étudiants à l'égard de l'industrie pharmaceutique ou des fabricants de dispositifs médicaux est en train de trouver une traduction concrète dans toutes les universités. Les établissements de santé, notamment, ont maintenant l'obligation de mettre en œuvre une charte, validée par la Haute Autorité de santé, sur la visite médicale à l'hôpital. Cette charte a été élargie aux dispositifs médicaux et à l'enseignement, en application du dispositif d'un amendement de Mme Fiat, députée de La France insoumise.

Nous sommes donc extrêmement attentifs à ce que l'enseignement soit préservé de l'influence des industriels. Pour autant, inscrire dans la loi une disposition qui risquerait de susciter des recours s'il existait le moindre lien entre une université et des industriels, quels qu'ils soient, entraverait l'innovation, comme l'a souligné Mme la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Il nous donc trouver la ligne de crête entre la mise en œuvre de dispositions propres à empêcher qu'un enseignement sous influence puisse être dispensé et le maintien de la possibilité de nouer des coopérations entre les universités et le secteur industriel.

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour explication de vote.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Madame la ministre, l'amendement de Mme Fiat que vous avez évoqué n'a pas été adopté par l'Assemblée nationale, me semble-t-il. Nous l'avons retravaillé pour le rendre acceptable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 291.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 342, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 33, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

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

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Concernant l'évaluation prévue à l'alinéa 33, nous proposons que soit également évaluée la qualité des stages proposés aux étudiants dans le cadre de

la future réforme du deuxième cycle, au même titre que l'acquisition des connaissances et des compétences ou la construction du projet professionnel, par exemple.

En effet, il ne faudrait pas que, du fait de l'augmentation du nombre des étudiants, la qualité des stages professionnels s'amenuise, aucun moyen financier supplémentaire ne devant être accordé aux universités.

Je note que, pour une fois, le Sénat a accepté une demande de rapport : c'est la preuve qu'un certain flou entoure les conséquences de la mise en œuvre de cet article !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Madame Gréaume, ce n'est pas un rapport que nous demandons, c'est une évaluation.

Votre proposition n'entre pas exactement dans le champ de l'évaluation prévue à l'article 2 : celle-ci portera, en fait, sur de nouvelles modalités d'accès au troisième cycle, introduites en remplacement des épreuves classantes nationales.

De ce point de vue, proposer une évaluation des stages me paraît peu pertinent, d'autant que l'article 2 *bis* prévoit déjà l'évaluation du déploiement d'une offre de stages tout au long des études de médecine. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 342.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 2, modifié.

(L'article 2 est adopté.)

Article 2 *bis*

- ① L'article L. 632-1 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° La deuxième phrase du premier alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « Elles permettent aux étudiants d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice des activités de soins et de prévention dans différents territoires et modes d'exercice. Elles permettent la participation effective des étudiants à l'activité hospitalière. » ;
- ③ 2° Après le même premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ④ « Au cours des deuxième et troisième cycles, elles offrent aux étudiants la possibilité de participer à des programmes d'échanges internationaux.
- ⑤ « Le déploiement tout au long des études de médecine d'une offre de stage 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, fait l'objet d'une évaluation tous les trois ans par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. Cette évaluation est transmise au Parlement. »

M. le président. L'amendement n° 274, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

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

La parole est à M. Éric Bocquet.

M. Éric Bocquet. Les études médicales théoriques et pratiques doivent permettre aux étudiants d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice des activités de soins et de prévention dans différents territoires et selon différents modes d'exercice.

La rédaction proposée au travers de l'article 2 du projet de loi est plus précise que l'article L. 632-1 du code de l'éducation en vigueur, qui ne fait référence qu'à l'activité hospitalière.

Néanmoins, nous proposons d'être encore plus précis en ciblant plus particulièrement les zones sous-denses, d'une part, et les centres de santé en tant que mode d'exercice, d'autre part. Il nous semble en effet important que lors de leurs études, tant à l'université que pendant les stages, les étudiants puissent disposer des éléments leur permettant de bien comprendre les spécificités d'un territoire sous-doté et le fonctionnement particulier de structures telles que les centres de santé.

La rédaction actuelle de l'article L. 632-1 du code de l'éducation permet sans doute déjà de prendre en compte cette problématique, mais nous préférons que celle-ci soit explicitement mentionnée, d'autant que les déserts médicaux sont une préoccupation majeure pour les parlementaires que nous sommes, sur quelques travées que nous siégeons, ainsi que pour les populations concernées. Par conséquent, les étudiants doivent y être particulièrement sensibilisés.

De même, faire référence expressément aux centres de santé nous semble intéressant, dans la mesure où ces structures de proximité, encore insuffisamment développées sur le territoire, répondent aux attentes des jeunes professionnels, en permettant notamment le salariat et l'exercice collectif.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Cet ajout n'apporte rien sur le plan juridique : la formulation large de l'article L. 632-1 du code de l'éducation couvre déjà ces éléments. Qui plus est, il vaut mieux conserver une rédaction très large pour un article fixant les objectifs des études de médecine. Je vous mets encore une fois en garde contre l'effet d'*a contrario* qui pourrait résulter de l'adoption d'amendements de ce type : l'exercice en centre de santé est-il plus important que celui en maison de santé ou en communauté professionnelle territoriale de santé, structures qui ne sont pas mentionnées dans le texte de l'amendement ? Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Frédérique Vidal, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Les mots ont de l'importance, comme on a pu le voir lors de notre échange sur la différence entre évaluation et rapport. Si nous insistons sur les centres de santé, c'est qu'il nous paraît important de favoriser la

diversité des modes d'exercice. Je vous rappelle, mes chers collègues, que seuls 12 % des étudiants en médecine souhaitent exercer en libéral. Beaucoup de nos collègues confondent encore centres de santé et maisons de santé.

Pour rassurer notre rapporteur, nous avons introduit l'adverbe « notamment » dans le texte de notre amendement, pour bien signifier qu'il ne s'agit pas d'exclure les autres modes d'exercice.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 274.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'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, Laménié, 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, est ainsi libellé :

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

La parole est à M. Bernard Bonne.

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

La formation initiale des étudiants en médecine, même si les cursus incluent aujourd'hui une formation en gériatrie et en gérontologie, ne met pas suffisamment en avant les atouts objectifs des carrières dans ce secteur. Aussi faudrait-il encourager les étudiants, et particulièrement les internes, à réaliser des stages dans des lieux d'accueil de personnes âgées, notamment en Ehpad, afin de les sensibiliser à la question de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Le 2° de cet amendement me paraît poser un problème rédactionnel. Surtout, il me semble que la rédaction de l'article L. 632-1 du code de l'éducation telle que modifiée par l'article 2 *bis* répond déjà à la préoccupation de notre collègue. Cette rédaction fait en effet référence à une formation à différents modes d'exercice : il ne paraît pas nécessaire d'ajouter que les études médicales forment à l'exercice dans différents types de structures, puisque les médecins exercent déjà de fait au sein de struc-

tures diversifiées – maisons de santé, centres de santé, établissements hospitaliers, Ehpad –, sans que la loi ait eu besoin de le préciser.

En outre, la notion de « participation à l'activité hospitalière » recouvre nécessairement l'activité en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, puisque ces derniers constituent bien, ainsi que leur nom l'indique, des établissements hospitaliers.

Il n'est donc pas utile de dégrader la rédaction proposée pour l'article L. 632-1 du code de l'éducation en y apportant une précision qui me paraît superfétatoire. La commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Frédérique Vidal, ministre. Même avis. Cet amendement étant satisfait, j'en demande moi aussi le retrait. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Bonne, l'amendement n° 31 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Bernard Bonne. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 31 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 283, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 2, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

dans le respect de la dignité et des droits des patients

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement rejoint une proposition faite par l'association Aides pour une santé plus respectueuse.

Nous le savons, depuis quelque temps, des personnels soignants dénoncent un accroissement de la maltraitance institutionnelle, lié à la dégradation de leurs conditions de travail. Pour pallier le manque de soignants et de personnels administratifs, on impose à ces professionnels des cadences inconciliables avec la prise en charge des patients dans de bonnes conditions. Les soignants éprouvent une perte de sens de leur métier.

Lors de notre tour de France des hôpitaux et des Ehpad, nous avons notamment rencontré le personnel du service d'oncologie de l'hôpital Lyon-Sud, concerné par la mise en œuvre d'un plan d'efficience. Il nous a exposé toutes les dérives liées à la réduction des investissements publics dans ce secteur hospitalier. Par exemple, des patients en chimiothérapie ou en sevrage alcoolique ne peuvent pas être examinés certains jours, les visites sont chronométrées, des personnels sont « baladés » de service en service afin de combler les absences, des patients refusent même d'alerter les infirmières malgré leur douleur, car ils les voient courir dans tous les sens à longueur de temps ! Nous connaissons tous, mes chers collègues, des exemples de ce type dans nos territoires.

La Commission nationale consultative des droits de l'homme a mis l'accent sur le caractère systémique de ces maltraitements institutionnels. Il est donc important d'inscrire dans la loi que l'objectif même des études de

médecine est de former des soignants à une prise en charge humaine et respectueuse des droits des patients. Cela va mieux en l'écrivant !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Ce principe est bien entendu posé, dans une formulation d'ailleurs plus large, par le code de déontologie médicale, qui précise 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 ». Pour des questions de lisibilité et de cohérence des principes, il ne me paraît pas opportun de l'inscrire sous une formulation différente dans le code de l'éducation. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Frédérique Vidal, ministre. Même avis que la commission, pour les mêmes raisons.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Il me semble bienvenu d'inscrire dans le code de l'éducation un tel énoncé de valeurs et de principes. Il ne s'agit pas ici d'une énumération. Nous voterons cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Gréaume, pour explication de vote.

Mme Michelle Gréaume. Mes chers collègues, quand un membre de votre famille est hospitalisé, vous entendez que le personnel soignant soit disponible ! Or il a du mal à assurer ses missions, à cause, notamment, des réductions d'effectifs dans les hôpitaux. La moindre des choses, aujourd'hui, est donc de voter cet amendement !

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il s'agit bien entendu d'un sujet extrêmement important, souvent très douloureux. Il est évident que le respect de la dignité et du droit des patients fait partie intégrante des études de médecine. Le problème n'est pas tant de l'enseigner que de le mettre en œuvre. Dans cette perspective, nous avons décidé, avec Frédérique Vidal, de modifier le deuxième cycle des études de médecine afin de mettre les étudiants en situation. Ce deuxième cycle comprendra un très grand nombre de formations plaçant les étudiants face à des patients ou à des associations représentant les patients, pour leur apprendre la relation médecin-malade, l'annonce d'un diagnostic difficile, la bientraitance. Tout cela fait partie de la réforme du deuxième cycle.

Par ailleurs, le respect du droit et de la dignité des patients fait évidemment partie du code de déontologie auquel sont soumis les médecins.

En ce qui concerne la formation, l'important n'est pas tant de l'inscrire dans la loi que de réformer le cursus pour que les étudiants puissent apprendre à être en permanence vigilants quant à leurs paroles et à leur comportement.

En ce qui concerne l'exercice des professionnels de santé au sens large, au-delà des études de médecine, M. Piveteau me remettra aujourd'hui un rapport sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance dans les établissements de santé et médico-sociaux. Ce rapport est le fruit d'un travail approfondi mené avec des représentants de patients, les fédérations hospitalières et des syndicats de professionnels. Il proposera une feuille de route, que nous mettrons en œuvre.

Il est évident que ces sujets font partie intégrante des études. La réforme que nous mettons en œuvre sera beaucoup plus efficace que les sempiternels vœux pieux ; elle permettra aux étudiants de s'approprier le savoir-être, au-delà du savoir pur.

Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 283.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 682, présenté par Mme Rossignol, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérit-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllégatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Prévaille et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Alinéa 2, seconde phrase

Après le mot :

Elles

insérer les mots :

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

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Cet amendement prolonge la discussion que nous venons d'avoir sur le sujet de la bientraitance, puisqu'il vise à rétablir dans le texte une mesure prévoyant que les études de médecine doivent favoriser la participation des patients aux formations pratiques et théoriques. Adopté à l'Assemblée nationale, ce dispositif a été supprimé par la commission des affaires sociales du Sénat.

À côté du savoir scientifique et théorique, il existe un savoir expérientiel, celui des usagers. Le concept de décision médicale partagée, qui a fait l'objet d'une recommandation de l'ARS en 2013, renvoie au processus au cours duquel les médecins et le patient partagent une information médicale pour mieux comprendre les différentes options de soin.

Bien entendu, il n'est pas évident ni naturel de considérer, dans l'exercice de la médecine, que le patient a lui-même un savoir. La disposition adoptée par l'Assemblée nationale nous paraissait donc judicieuse. C'est pourquoi nous proposons de la rétablir.

M. le président. L'amendement n° 525 rectifié, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mme Artigalás, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. L'amendement est défendu, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La suppression de cette disposition par la commission ne traduisait évidemment pas une opposition de fond à une telle participation des patients, qui peut en effet être encouragée chaque fois que son utilité peut être démontrée.

Pour autant, il ne nous a pas paru opportun d'en faire expressément mention dans la loi, laquelle n'a pas vocation à définir précisément le contenu des formations en santé. Il semble en outre que l'absence de cette mention n'ait pas empêché les universités qui le souhaitaient d'adapter leurs formations en ce sens.

La commission a donc émis un avis défavorable.

Bien évidemment, la déontologie médicale s'applique aux médecins, mais le respect des médecins s'applique aux patients...

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

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 ». Cela témoigne de notre volonté de mettre en place des méthodes d'apprentissage complémentaires, afin de permettre aux professionnels de santé de mieux appréhender le patient dans la relation soignant-soigné.

La participation des patients à la formation des professionnels, qui est aujourd'hui une pratique peu répandue, même si elle est en train de se déployer dans un certain nombre d'universités françaises, nous paraît importante. Elle est déjà largement pratiquée dans d'autres pays – en Angleterre, au Canada, en Australie, en Italie –, et elle permet de valoriser la connaissance acquise au travers de l'expérience du patient. Il n'y a rien de tel, par exemple, que d'entendre un patient raconter son expérience d'une annonce de diagnostic mal faite. C'est très marquant pour les étudiants.

Nous souhaitons donc que cette pratique devienne systématique. Selon nous, elle favorise une meilleure compréhension, par les futurs professionnels de santé, des attentes et des besoins des patients, et elle apporte un éclairage très différent du savoir prodigué par les professeurs. L'inscrire dans la loi constitue une base forte pour que les facultés de médecine intègrent ces méthodes à leurs formations et à leurs pratiques d'évaluation. Nous souhaitons également que les patients évaluent les médecins lors de leur séjour à l'hôpital.

Je regrette que cette mesure ait été supprimée par la commission des affaires sociales; peut-être y a-t-il une incompréhension sur son objet même. En tout cas, le Gouvernement est favorable à cet amendement tendant à la rétablir.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 682.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 525 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 458 rectifié, présenté par M. Canevet, Mme Billon, M. Détraigne, Mme Férat et M. Moga, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les étudiants sont également sensibilisés aux théories homéopathiques.

La parole est à M. Michel Canevet.

M. Michel Canevet. Puisque nous débattons des compétences dont doivent être dotés les futurs praticiens, il me semble important d'évoquer l'homéopathie.

Un tiers des médecins généralistes de notre pays ont recours quotidiennement à cette pratique, qui est enseignée dans l'ensemble des facultés de pharmacie et dans certaines facultés de médecine, en post-formation. En outre, c'est un domaine d'excellence pour la France, puisque nous disposons d'un grand savoir-faire en la matière.

Il importe que nos futurs professionnels de santé soient sensibilisés à l'ensemble des techniques homéopathiques, et partant que cette discipline soit intégrée dans les cursus de formation. Cela répond également, il faut le souligner, aux attentes de plus de la moitié de la population, qui souhaite pouvoir bénéficier de prescriptions homéopathiques pour faire face à certains problèmes de santé. Il y a là un enjeu sociétal extrêmement important, auquel nous, parlementaires, devons être sensibles.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

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

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. Chaque patient a bien entendu le droit de se faire traiter par l'homéopathie. Toutefois, parler d'intérêt majeur en matière de santé publique me paraît nettement exagéré.

J'en veux pour preuve un article paru récemment, sous la signature du professeur Gentilini, membre de l'Académie de médecine, et relatif à l'organisation non gouvernementale Homéopathes sans frontières. Celle-ci a l'ambition de traiter par l'homéopathie des maladies gravissimes dans le tiers-monde, comme le paludisme. Déjà au XIX^e siècle, Hahnemann, qui est à l'origine de l'homéopathie, prétendait traiter par l'homéopathie l'épidémie de choléra qui sévissait à l'époque... *(M. Michel Canevet s'exclame.)*

En matière de thérapeutique, il est tout de même nécessaire de faire la part des choses et de ne pas confondre traitement et imposture. *(Murmures sur des travées du groupe Union Centriste et du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 458 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'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, est ainsi libellé :

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.

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Je veux rappeler l'importance de la formation à la prise en charge de la fin de vie, qui faisait l'objet de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie, dont Gérard Dériot et moi étions rapporteurs. Malheureusement, force est d'admettre que l'on n'a pas fait de grands progrès depuis lors.

Si je conçois que l'on n'inscrive pas une telle disposition dans la loi – j'ai compris le message de M. le rapporteur –, j'espère que ce sujet crucial ne sera pas oublié dans la lettre que vous adresserez aux doyens des facultés de médecine, mesdames les ministres.

Cela étant dit, puisqu'il n'est pas opportun d'inscrire dans la loi le contenu des formations, je retire l'amendement n° 547, de même que les amendements n°s 551 et 552, par anticipation.

M. le président. L'amendement n° 547 est retiré, de même que les amendements n°s 551 et 552.

L'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, est ainsi libellé :

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.

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Cet amendement et le suivant tendent à préciser dans la loi le contenu de la formation. Je retire donc les amendements n°s 548 et 550, monsieur le président.

M. le président. Les amendements n°s 548 et 550 sont retirés.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'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, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

Cet amendement a été retiré.

L'amendement n° 185 rectifié *bis*, présenté par MM. Joël Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllégatte, 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 Conconne, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Courteau et Temal et Mme Monier, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à M. Joël Bigot.

M. Joël Bigot. Cet amendement tend à préciser le contenu des formations initiale et continue des professionnels de santé, en introduisant des orientations liées à la santé environnementale.

Eu égard aux nouveaux défis liés à la pollution de l'air, aux perturbateurs endocriniens, à l'absorption de pesticides, aux radiations, à la contamination des milieux, nous devons améliorer la formation des praticiens de manière continue pour adapter leurs connaissances aux exigences contemporaines en matière de santé.

Pour rappel, l'Organisation mondiale de la santé considère que 20 % des cancers sont d'origine environnementale. L'inscription dans la loi d'un enseignement portant sur la santé environnementale favoriserait une prise de conscience salutaire, plus marquée qu'aujourd'hui. Je ne nie pas l'importance des plans nationaux santé-environnement, mais il s'agit d'accompagner et de renforcer ce mouvement, et de répondre aux nombreuses inquiétudes, justifiées, de nos concitoyens face à la multiplication des pathologies dites environnementales.

Inscrire la dimension de la santé environnementale dans les orientations pluriannuelles prioritaires et dans la formation continue des professionnels de santé me paraîtrait constituer un bon signal.

(*Mme Valérie Létard remplace M. David Assouline au fauteuil de la présidence.*)

PRÉSIDENTE DE MME VALÉRIE LÉTARD vice-présidente

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement, car elle est opposée à l'inscription dans la loi du contenu des formations de santé.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 185 rectifié *bis*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'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, est ainsi libellé :

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.

Cet amendement a été retiré.

L'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, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

Cet amendement a été retiré.

Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 56 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. Dufaut, D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Poniatowski, Perrin et Raison, est ainsi libellé :

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.

La parole est à M. Michel Raison.

M. Michel Raison. Cet amendement vise à actionner un levier important pour l'amélioration de la répartition des médecins sur le territoire, afin de mieux doter en personnel soignant les territoires, urbains ou ruraux, où l'accès aux soins est difficile. Il s'agit d'instaurer, pour les étudiants du troisième cycle, une obligation d'effectuer un stage de six mois dans une zone sous-dense. Les effets de cette mesure pourraient être très positifs : le futur médecin pourra être amené à considérer d'une façon différente le territoire où il aura fait son stage.

Mme la présidente. L'amendement n° 225, présenté par M. Lafon, au nom de la commission de la culture, est ainsi libellé :

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

La parole est à M. Laurent Lafon, rapporteur pour avis.

M. Laurent Lafon, rapporteur pour avis de la commission de la culture, de l'éducation et de la communication. Cet amendement, le dernier de la commission de la culture, a le même objet que l'amendement n° 56 rectifié.

J'ai une petite idée de ce que sera l'avis du rapporteur au fond sur cette proposition, d'autant que l'amendement n° 1 rectifié *quater* a répondu en partie au problème soulevé. Néanmoins, j'attends d'entendre le rapporteur et la ministre !

Mme la présidente. L'amendement n° 499 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Watted et Vogel, Mmes Deromedi, Guillotin et Noël, MM. Bouloux, Gabouty et Nougéin, Mme N. Delattre, MM. Longeot, Mandelli, Laménie et Bonhomme, Mme Renaud-Garabedian et M. Gremillet, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à M. Daniel Chasseing.

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

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

M. Alain Milon, rapporteur. Nous retrouvons ici la question des stages des étudiants en médecine. Nous avons déjà traité de ce sujet à l'article 2, en inscrivant dans la maquette de formation des étudiants de troisième cycle une dernière année consacrée à la pratique ambulatoire, en autonomie, en priorité dans les zones sous-denses ; je n'ai pas le sentiment que, ce faisant, le Sénat soit tombé sur la tête...

Avec l'article 2 *bis*, il s'agit de modifier l'article du code de l'éducation qui fixe les principes et les objectifs généraux des études de médecine. Vous le savez déjà, la commission et moi-même ne sommes pas favorables à l'instauration d'une obligation de faire des stages en zones sous-denses. Il nous semble en effet que cela procède d'une confusion dans les objectifs des études de médecine ; celles-ci doivent avant tout servir à former de futurs médecins et non à répondre aux carences territoriales de l'offre de soins.

Je crains que nous n'ayons pas encore toutes les garanties quant au déploiement d'une offre de stages de qualité dans les zones sous-denses, du fait, notamment, du manque de maîtres de stage. En attendant que cette condition soit remplie, la commission ne juge pas opportun de dégrader potentiellement l'encadrement de certains étudiants, et donc la qualité de leur formation. Qui plus est, il n'est pas certain que l'ensemble des étudiants de deuxième et de troisième

cycles puissent avoir effectivement accès à un stage en zones sous-denses, notamment en fonction de leur spécialité. Ainsi, il serait à mon avis quelque peu excessif de conditionner la validation de leur diplôme de médecine à la satisfaction d'une telle obligation.

Vous comprendrez donc que la commission soit défavorable à ces trois amendements : à l'amendement n° 56 rectifié, parce qu'il tend à instituer une obligation dont je ne suis pas sûr qu'elle pourrait être toujours observée ; aux amendements n°s 225 et 499 rectifié, parce que je ne considère pas que faire un stage en zone sous-dense puisse être en soi un objectif des études de médecine.

Cette observation générale n'entre pas en contradiction avec la priorité que nous avons définie au travers de l'adoption de l'amendement n° 1 rectifié *quater*.

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

Mme Frédérique Vidal, ministre. Le Gouvernement est lui aussi défavorable à ces trois amendements.

En premier lieu, il ne pourra pas être proposé suffisamment de terrains de stage en zones sous-denses dans toutes les spécialités pour permettre à l'ensemble des étudiants d'une promotion de respecter la prescription obligatoire. En outre, pour certaines de ces spécialités, cela a été rappelé hier par Agnès Buzyn, une telle obligation n'aurait même pas de sens.

En second lieu, eu égard à l'impossibilité de disposer à court terme, de manière générale, d'un nombre suffisant de maîtres de stage en zones sous-denses pour accueillir, au cours d'une même année, l'ensemble d'une promotion – à peu près 9 000 étudiants, toutes spécialités confondues –, il nous paraît déraisonnable d'imposer des mesures que nous n'arriverions pas à faire appliquer.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Raison, pour explication de vote.

M. Michel Raison. Je maintiens l'amendement n° 56 rectifié.

Je suis d'accord avec le rapporteur quand il dit que l'objectif premier des études de médecine est de permettre l'apprentissage du métier de médecin, mais, comme dans d'autres professions, un stage peut avoir d'autres effets positifs au regard de l'intérêt public.

Par ailleurs, l'argument relatif au manque de maîtres de stage ne me satisfait pas : l'un des problèmes de la médecine de ville tient au fait que, souvent, les médecins n'ont pas le temps de s'occuper d'un stagiaire.

Le stage est un levier important pour améliorer la répartition des médecins dans notre pays.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sylvie Goy-Chavent, pour explication de vote.

Mme Sylvie Goy-Chavent. Ces amendements me semblent particulièrement intéressants, parce qu'ils permettent de mettre le doigt sur un problème que l'on évoque assez rarement. Les étudiants en médecine préfèrent effectuer leurs stages en zone urbaine, pour être proches de leur hôpital de rattachement : rappelons qu'ils doivent suivre des cours à l'hôpital en parallèle.

Si l'on veut que nos jeunes médecins se fixent dans les zones rurales ou sous-denses, il convient de les motiver. Or quoi de mieux, pour cela, que de leur faire découvrir ces territoires ? Sans imposer que tous les stages soient effectués

en milieu rural ou en zone sous-dense, je pense que l'on pourrait prévoir qu'un stage au moins devra être accompli dans ces territoires.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Genest, pour explication de vote.

M. Jacques Genest. Je voterai ces trois amendements.

On parle beaucoup de désertification médicale, phénomène qui ne touche pas uniquement les zones rurales, mais aussi des zones urbaines ou périurbaines. Il faut tenter tout ce qui est possible pour sortir de la situation actuelle. Si, sur cent étudiants, il y en a un qui s'installe dans la zone où il a fait son stage, ce sera déjà une réussite ! On ne peut tout de même pas laisser 90 % du territoire français sans accès aux soins et sans médecins !

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Nous avons adopté hier soir, à une très large majorité, la possibilité pour les étudiants, après dix années d'études, d'effectuer un stage en autonomie, sous la supervision bien sûr d'un médecin référent. Le Sénat n'a pas perdu la tête ; il a pris des mesures importantes pour tous les territoires où il existe des difficultés en matière d'accès aux soins de premier recours. C'était exactement ce qu'il fallait faire !

Ces trois amendements sont relatifs au deuxième cycle des études médicales. Comme mes collègues, je souhaite que ces stages de découverte, de sensibilisation puissent se dérouler dans des zones, rurales ou périurbaines, où l'offre de soins est insuffisante. Je n'ai pas prévu, pour ma part, d'instaurer une obligation : il s'agit d'inciter à découvrir différents territoires de santé, en complément des stages hospitaliers. Les facultés de médecine pourraient dégager quelques jours à cette fin.

Mme la présidente. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Oui, les stages sont importants, partout sur le territoire.

Je citerai l'exemple de mon département, la Mayenne. Voilà plus de dix ans, il comptait parmi les départements les plus touchés par les difficultés de recrutement de médecins. Nous n'avons pas eu besoin de tels amendements pour changer la donne : nous nous sommes simplement demandé, avec les médecins en place, comment attirer de jeunes praticiens.

Beaucoup de nos médecins ont accepté de devenir maîtres de stage universitaire. Je présenterai d'ailleurs un amendement visant à rapprocher la formation des maîtres de stage de leur lieu d'exercice : en effet, si l'université est éloignée de celui-ci, les déplacements à accomplir pour suivre la formation sont un frein important.

Les étudiants en médecine nous le disent tous : ces expériences sont formidables et, généralement, elles les aident à construire leur projet professionnel. Ainsi, en Mayenne, deux tiers des médecins qui se sont installés depuis dix ans avaient fait un stage dans le département.

C'est ainsi que l'on accroche les jeunes : en mobilisant les professionnels, mais aussi les élus, parce qu'il faut offrir aux stagiaires les moyens de se loger et de se déplacer. Aujourd'hui, l'indemnité destinée à couvrir les frais de déplacement ne s'élève qu'à 130 euros par mois, ce qui est trop peu pour des jeunes qui doivent suivre à mi-temps des cours dans une université éloignée de leur lieu de stage.

Nous avons en outre instauré une première année de médecine dans notre département, en lien avec le CHU d'Angers ; cela se fait aussi dans d'autres départements.

En résumé, il n'est pas besoin de ces amendements pour accueillir des stagiaires. Du reste, les adopter serait envoyer un mauvais signal aux étudiants.

Mme la présidente. Il faut conclure, chère collègue.

Mme Élisabeth Doineau. Ce n'est pas en les forçant à accomplir des stages dans des territoires sous-dotés que l'on incitera davantage d'étudiants à choisir la médecine générale, au contraire !

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Marc, pour explication de vote.

M. Alain Marc. Il y a une différence entre ces trois amendements : deux d'entre eux imposent, celui de mon collègue Chasseing propose.

La seule formation suffira-t-elle pour attirer davantage de médecins, notamment généralistes, dans les secteurs hyper-ruraux ? Je n'en suis pas persuadé. Il faut une mobilisation générale, comme notre collègue vient de le dire. En Aveyron, le conseil départemental a organisé une telle mobilisation et, alors que certaines zones ne comptent que cinq ou six habitants au kilomètre carré, les installations sont beaucoup plus nombreuses que les départements à la retraite.

Cela dit, c'est un travail de longue haleine, dans lequel les collectivités locales doivent elles aussi s'impliquer, y compris pour encourager de nombreux médecins à devenir maîtres de stage.

Mme la présidente. La parole est à M. Jérôme Bascher, pour explication de vote.

M. Jérôme Bascher. Il est quelque peu paradoxal que le problème de la médecine de ville soit la médecine de campagne...

Il est nécessaire d'attirer des médecins dans nos campagnes, où les Français expriment largement, dans de nombreux scrutins et sur de nombreux ronds-points, leur préoccupation devant le phénomène de la désertification, notamment médicale. Cela mérite d'être entendu, mesdames les ministres !

La solution passerait-elle, paradoxalement s'agissant de la médecine libérale, par la coercition ? Sans doute pas, mais il est nécessaire que vous preniez en compte ce que les Français expriment. Dans la pyramide de Maslow, la santé est la première des préoccupations.

Il est normal que les CHU soient implantés en ville, il est logique que les universités se regroupent dans de grands centres pour que recherche et enseignement supérieur se nourrissent mutuellement, mais la ville doit aussi soutenir la campagne. Il faut donc faire un effort, un geste.

Néanmoins, je suivrai l'avis du rapporteur, car je ne crois pas à la coercition sur ce sujet.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Hier soir, nous avons longuement débattu de la désertification médicale, et tout le monde, au sein de l'exécutif ou du Parlement, partage la même préoccupation ; je ne ferai de procès d'intention à personne.

Encore une fois, la question qui se pose est celle des outils. Nous avons fait à cet égard une proposition importante, qui permet justement d'apporter une réponse non coercitive. Le

nombre de médecins généralistes en activité baisse d'année en année : on en comptait encore 800 de moins en 2018 par rapport à 2017. Dans un tel contexte de pénurie, brandir le bâton et frapper ne servirait à rien du tout. On se donnerait bonne conscience, mais les territoires n'y gagneraient rien.

Nous avons la faiblesse de penser que la mesure que nous avons proposée est d'un autre niveau. Elle prolonge le sillon incitatif, mais en le creusant de façon plus volontariste et plus rapide. On reviendra sur ce qu'elle implique du point de vue de l'adaptation du troisième cycle, mais il faut, me semble-t-il, aller dans ce sens.

Le dispositif de l'amendement n° 499 rectifié est relativement souple ; il ouvre une possibilité au niveau du second cycle. Nous n'y sommes pas défavorables.

En revanche, les amendements n° 56 rectifié et 225 ne sont clairement pas en cohérence avec le message envoyé hier soir par le Sénat, qui a tendu la main aux jeunes, en leur indiquant qu'il n'entendait pas les contraindre ; il les a simplement appelés à prendre leur pleine part dans la résolution du problème de la désertification médicale. Nous avons besoin d'eux, et il s'agit donc de prendre en compte leurs besoins. Le groupe socialiste et républicain ne votera pas ces deux amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. Je fais un distinguo entre deuxième et troisième cycles, entre formation et formation professionnalissante.

Même si nous n'avons pas remporté un vif succès auprès du Gouvernement avec notre amendement concernant le troisième cycle, il me semble à moi aussi que l'option proposée hier soir est raisonnable. Il ne s'agit bien évidemment pas de la panacée pour résoudre le problème des déserts médicaux – expression d'ailleurs impropre, car les réalités qu'elle recouvre concernent non seulement la France rurale, mais aussi des banlieues, voire des hypercentres où l'immobilier est extrêmement cher, comme à Paris.

Les mesures coercitives peuvent être efficaces, à la rigueur, lorsqu'il y a pléthore : on l'a vu à propos des conventionnements sélectifs des infirmières et infirmiers. Mais lorsqu'il y a pénurie, comme dans le cas des médecins, de telles mesures n'ont absolument aucune efficacité. C'est la raison pour laquelle nous ne sommes pas favorables aux amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. Nous partageons la même préoccupation pour nos territoires : cela ne peut plus durer ! Dans certains d'entre eux, les gens ne sont tout simplement plus soignés !

Mesdames les ministres, il va bien falloir que vous preniez vos responsabilités, de manière plus marquante que vous ne l'avez fait hier soir.

Nous vous avons tendu la main. Les dispositions de l'amendement qui a été adopté peuvent sûrement être améliorées, notamment en termes d'autonomie des étudiants de troisième année de troisième cycle, c'est-à-dire en neuvième année de médecine. Quand j'étais étudiant, nous commençons à effectuer des remplacements en sixième année. Si, aujourd'hui, les étudiants de neuvième année

n'ont pas acquis la maturité nécessaire pour assurer le face-à-face avec le malade, mieux vaudrait qu'ils changent de métier! (*Sourires.*)

La dernière année professionnalisante va nous permettre de mettre à disposition de tous les territoires, en priorité ceux qui sont sous-dotés, des centaines de médecins. Même si ces étudiants ne sont pas encore docteurs, ils sont déjà capables de remplacer un médecin.

Mesdames les ministres, vous qui ne voulez pas, comme la plupart d'entre nous, de mesures coercitives, vous avez là l'occasion d'envoyer un signal fort aux territoires.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je fais miens, en particulier, les propos de MM. Savary, Amiel et Jomier.

Qu'est-ce qu'un désert médical? À Paris, on manque de médecins généralistes; il en est de même en banlieue, pour des raisons différentes, ou à la campagne, pour d'autres raisons encore. Ces différences impliquent que les jeunes médecins doivent être aidés différemment selon l'endroit où ils veulent s'installer.

Si l'on veut instaurer une obligation de réaliser un stage de troisième cycle en zone sous-dense, comme le prévoit l'amendement n° 56 rectifié, encore faudra-t-il déterminer ce qu'est une telle zone.

En outre, comme le soulignait hier soir à juste titre Mme la ministre, les hôpitaux sont en zone sous-dense: de nombreux postes de praticien hospitalier ne sont actuellement pas pourvus, sur l'ensemble du territoire. Un étudiant effectuant un stage de troisième cycle en pédopsychiatrie dans un hôpital de Bretagne satisfait donc aux exigences posées par les auteurs de l'amendement, tandis que, en campagne, on a besoin de médecins généralistes...

Le problème ne pourra être réglé par petits à-coups, en ouvrant par exemple la possibilité aux étudiants de deuxième cycle de faire un stage en zone sous-dense, comme le propose M. Chasseing. Si le lieu de stage est éloigné de la faculté de médecine, qui prendra en charge les frais de transport et de logement de l'étudiant? Cela devra être l'État ou la faculté; c'est un autre sujet.

La proposition consensuelle de la commission des affaires sociales, émanant de l'ensemble des groupes politiques, me semble juste et saine. Si le Gouvernement l'acceptait, sa mise en œuvre pourrait avoir des répercussions positives sur l'ensemble des zones sous-denses – hôpitaux, villes, banlieues, campagnes...

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

Mme Frédérique Vidal, ministre. Que les choses soient bien claires: l'existence de zones sous-denses n'est pas un phénomène récent, et s'il existait des solutions simples, ce problème aurait été résolu depuis longtemps.

Quelques exemples où un travail de terrain, non coercitif, visant à répondre aux aspirations d'internes faisant le choix de s'installer en secteur libéral au terme de très longues études nous ont été présentés. Par définition, s'agissant d'installations en libéral, la seule action possible est de créer, pour les futurs médecins, des conditions leur permettant d'apprécier de découvrir et d'apprécier le territoire où ils effectuent leurs stages, une certaine façon d'exercer, une certaine qualité de vie, une certaine patientèle.

Je suis persuadée que c'est dans cette direction que nous devons travailler. Le doublement du *numerus clausus*, en 2005, n'a pas permis de résoudre le problème des déserts médicaux. La question est donc de savoir comment inciter des jeunes à choisir de manière positive, après des études très longues et très difficiles, de s'installer dans des territoires où, j'en suis convaincue, l'exercice de la médecine peut être tout à fait épanouissant sur les plans intellectuel, personnel et professionnel.

Les réformes que nous vous proposons ont pour objectif de remettre en valeur ce qui a longtemps été au cœur du métier de médecin et que nous avons peut-être un peu perdu de vue, parce que la formation est devenue de plus en plus technologique, au détriment du contact humain.

L'ensemble de ce projet de loi vise à améliorer la situation. Nous pourrions, bien évidemment, rediscuter d'un certain nombre de dispositions, mais je tenais à faire cette déclaration de manière très solennelle. Tout comme vous, le Gouvernement est très attaché à la préservation de l'accès à des soins de qualité pour tous nos concitoyens.

Je ne crois pas à la coercition. Je connais de jeunes médecins diplômés qui, si on voulait les obliger à exercer sur un territoire qu'ils n'ont pas choisi, renonceraient tout simplement à s'installer: contre cela, on ne peut rien! (*Protestations sur des travées du groupe Les Républicains.*) C'est la raison pour laquelle il faut leur donner l'envie de venir!

Mme la présidente. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

Mme Corinne Imbert. Je ne voterai pas ces amendements, même si je partage les préoccupations et le diagnostic de mes collègues.

Ne rien faire, ici au Sénat, chambre représentant les territoires, pour tenter d'améliorer la situation de la démographie médicale aurait été irresponsable. La commission des affaires sociales a donc travaillé de façon transpartisane, en tendant la main à la fois aux étudiants en médecine – la mesure que nous avons adoptée hier n'est pas coercitive – et au Gouvernement, pour proposer une réponse pragmatique et efficace à la situation d'urgence de certains territoires, ruraux ou urbains. La transformation de la dernière année de médecine – en médecine générale ou dans certaines spécialités, comme l'ophtalmologie ou la gynécologie – en année professionnalisante, pour permettre aux étudiants d'exercer, en priorité dans les zones sous-denses, pendant une année complète, présenterait en outre l'intérêt, mesdames les ministres, de libérer des places de stage. Ces étudiants en neuvième année de médecine, s'ils exerceront en « autonomie supervisée », ne travailleront pas pour autant seuls au milieu de nulle part: un confrère sera présent dans le cabinet à côté. (*Mme la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation le conteste.*) Faites confiance au Sénat!

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. À nos yeux, l'amendement présenté par la majorité des membres de la commission des affaires sociales qui a été adopté hier était rédigé d'une telle façon qu'il opposait pratique en cabinet et pratique hospitalière. J'avais d'ailleurs attiré votre attention sur ce problème, mes chers collègues.

Par ailleurs, Cathy Apourceau-Poly avait soulevé la question du statut de ces médecins-étudiants de neuvième année, exerçant en pleine autonomie: s'ils ne sont plus dans

un cadre de formation, quel sera alors leur statut ? Comment seront-ils rémunérés ? Qui financera, le secteur libéral ou l'hôpital ? Avec humour, un de nos collègues a déclaré qu'il ne devait pas y avoir de questions d'argent entre nous. Toujours est-il que nous n'avons pas obtenu de réponse...

Ces amendements, assez similaires à celui que nous avons adopté hier, n'apportent à mon sens rien de nouveau. Pourquoi revenir sur le sujet à cet endroit du texte ?

Enfin, la Haute Assemblée est certes la chambre représentant les collectivités territoriales, mais on ne se le rappelle que quand cela nous arrange ! La situation que nous connaissons aujourd'hui en matière de santé est la conséquence des politiques menées depuis trente ans.

M. Stéphane Piednoir. Et une fois qu'on a dit ça, que fait-on ?

Mme Laurence Cohen. C'est l'échec de ces politiques qui est cause de l'existence de déserts médicaux, du manque de médecins. Et pourtant, vous continuez de les soutenir en votant, lors de l'examen de chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale, des restrictions de crédits !

Proposer quelques mesures pour se donner bonne conscience, cela ne fait pas une politique de santé à même de répondre aux besoins de tous les territoires, ruraux et urbains. (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre. De nombreux sénateurs présents aujourd'hui n'étaient pas là hier, lorsque nous avons discuté des stages. Je souhaiterais donc faire quelques rappels.

Tout d'abord, le problème de la démographie médicale est aujourd'hui mondial : aucun pays n'a suffisamment formé de médecins. Eu égard notamment au vieillissement de la population et au fait que les populations de nombreux pays sortis de la pauvreté ont aujourd'hui besoin d'accéder aux soins, le directeur général de l'OMS soulignait, la semaine dernière, qu'il manquait 12 millions de soignants à travers le monde. J'ai réuni les ministres de la santé des pays du G7, voilà quinze jours, ainsi que ceux des pays du G5 Sahel : tous les pays se font aujourd'hui concurrence pour attirer des médecins.

La métropolisation des médecins, qui choisissent de s'installer dans des zones urbaines plutôt qu'en milieu rural, est un autre phénomène de portée internationale : tous les pays cherchent à améliorer l'attractivité des zones rurales. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi l'organisation des soins primaires, la lutte contre les déserts médicaux et l'échange de bonnes pratiques entre pays pour rendre plus attractif l'exercice médical dans les territoires ruraux comme thématiques du G7 Santé qui s'est tenu en France cette année. La situation que nous vivons n'est pas spécifiquement française ; elle est internationale.

Aujourd'hui, les jeunes médecins cherchent à exercer en coordination avec d'autres professionnels de santé. Ils n'ont pas envie d'un exercice isolé. C'est pourquoi nous prévoyons, au travers de ce texte, de doubler le nombre de centres de santé et de maisons de santé pluriprofessionnelles. Les territoires parvenant à recruter des jeunes médecins sont ceux qui

se montrent particulièrement actifs en termes de création de maisons de santé pluriprofessionnelles – je pense notamment à l'Aveyron, exemplaire sur ce plan.

En outre, l'article 2 du projet de loi vise, comme vous le souhaitez, à favoriser la découverte de nouveaux modes d'exercice, en service de PMI, en médecine du travail, en médecine scolaire, en exercice libéral, en zone sous-dense... Nous manquons de médecins partout, dans tous les secteurs, et nous ne pouvons privilégier uniquement l'exercice libéral. Comme l'a souligné Mme Cohen, nous manquons de praticiens hospitaliers : dans les hôpitaux généraux, 27 % des postes sont vacants. Nous devons donc également encourager l'exercice hospitalier.

Les amendements dont nous discutons visent à permettre à des étudiants de découvrir l'exercice libéral en zones sous-dotées. Si l'on veut qu'ils s'y installent au terme de leur cursus, il faut rendre cette découverte attractive. L'objectif n'est pas de contraindre de jeunes internes tout juste formés, avec une qualité de médecine balbutiante, à passer six mois en zone rurale avant de repartir en courant parce qu'ils auront été confrontés à des cas complexes sans pouvoir demander un avis à un spécialiste, sans bénéficier d'aucune supervision. Une telle situation ne pourra que les angoisser et ils n'auront qu'une seule envie : retourner dans un hôpital ou dans une zone où leur exercice sera supervisé.

Afin que ces étudiants puissent être pris en charge dans de bonnes conditions, nous vous proposons, au travers du projet de loi, de diversifier les lieux de stage et de multiplier le nombre de maîtres de stage universitaires, que nous augmentons aujourd'hui d'environ 20 % par an.

Nous partageons le même objectif, à savoir structurer les soins primaires. Le texte vise à donner aux acteurs des territoires des outils à cette fin. Vous ne réglerez pas le problème de la désertification médicale par une unique mesure emblématique, en envoyant de jeunes internes en zones sous-denses, sans accompagnement ni formation : ils n'auront pas envie d'y rester.

Nous vous proposons de mettre en place des outils destinés à renforcer l'attractivité de cet exercice, afin qu'il reprenne toute sa place dans les choix d'installation des jeunes médecins. Le Gouvernement entend la souffrance des territoires : l'ensemble du projet de loi a vocation à y répondre. Je le redis, ce n'est pas par une mesure unique que l'on pourra régler le problème de la désertification médicale, qui est d'ampleur internationale. (*M. Philippe Bonnecarrère applaudit.*)

Mme la présidente. Monsieur Chasseing, souhaitez-vous retirer l'amendement n° 499 rectifié ?

M. Daniel Chasseing. Oui, madame la présidente. Hier soir, le Sénat a pris une décision très forte pour les territoires sous-denses et ruraux.

Mme la présidente. L'amendement n° 499 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 56 rectifié.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant du groupe La République En Marche.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 130 :

Nombre de votants	339
Nombre de suffrages exprimés	320
Pour l'adoption	35
Contre	285

Le Sénat n'a pas adopté.

La parole est à M. Laurent Lafon, rapporteur pour avis.

M. Laurent Lafon, rapporteur pour avis de la commission de la culture. J'ai le sentiment que mon amendement n° 225 connaîtra le même sort s'il est mis aux voix. Pour faire gagner un peu de temps au Sénat, je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 225 est retiré.

L'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 Deromedi, 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, est ainsi libellé :

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.

La parole est à Mme Pascale Gruny.

Mme Pascale Gruny. Cet amendement vise à permettre à un étudiant en médecine de troisième cycle de réaliser son stage obligatoire d'internat dans son département d'origine, même s'il poursuit ses études dans une autre région.

En effet, le lieu où s'effectue le stage détermine, dans 60 % des cas, le lieu d'installation du futur praticien. Cette donnée est importante pour les départements touchés par la désertification médicale.

Par exemple, la majorité des étudiants originaires du sud de mon département, l'Aisne, qui se destinent à la médecine générale fréquentent la faculté de Reims pour des raisons de proximité. Ils relèvent dès lors, pour leurs études, d'un autre département, d'une autre région, d'une autre agence régionale de santé, et ont aujourd'hui 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 agences régionales de santé – le maître de stage étant rémunéré –, les Axonais qui étudient à la faculté de médecine de Reims ne peuvent pas faire leur stage d'internat dans l'Aisne.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il paraît curieux de vouloir faire figurer cette précision très ciblée à l'article L. 632-1 du code de l'éducation, qui définit les objectifs généraux des études de médecine. Ce point devrait plutôt être renvoyé au décret prévu à l'article 2, qui porte spécifiquement sur l'organisation du troisième cycle.

En tout état de cause, il ne semble pas à la commission que le règlement de ces situations relève de la loi. Elle demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

Mme Frédérique Vidal, ministre. La possibilité de réaliser des stages hors région, et même hors subdivision de troisième cycle, existe depuis de nombreuses années. De tels stages sont même parfois nécessaires à la réalisation de certains parcours de formation. Très appréciés des étudiants, ils font l'objet de modalités de financement spécifiques, dans le cadre du financement du troisième cycle, afin que la contrainte budgétaire constitue un frein minimal à leur mise en œuvre. Je reconnais néanmoins que l'on doit pouvoir encore simplifier et améliorer les choses.

La réforme du troisième cycle a d'ailleurs conforté ces stages en ouvrant la possibilité aux étudiants de demander deux stages dans une région différente de celle dont relève leur subdivision d'affectation au cours de la phase d'approfondissement.

Cet amendement étant satisfait, j'en demande le retrait ; sinon, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Madame Gruny, l'amendement n° 772 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Pascale Gruny. Que cette précision soit renvoyée à un décret ne me pose pas de problème.

Madame la ministre, vous dites que la question est déjà réglée. Pourtant, l'année dernière, la faculté de Reims n'a pas voulu accéder à notre demande. Ce n'est qu'au début de cette année que le département de l'Aisne a pu enfin signer une convention avec cette dernière : cela a été très compliqué !

Je ne peux pas entendre que la question est réglée, car tel n'est pas le cas. Je ne pense pas que notre département soit le seul à être confronté à des difficultés dans ce domaine. Je retire néanmoins mon amendement, pour les raisons invoquées par le rapporteur, mais j'aimerais que ces situations soient examinées attentivement : le problème n'est pas que nos étudiants aillent faire des stages dans une autre région, il est qu'ils ne reviennent pas chez nous au terme de leurs études, parce qu'ils ont pris des habitudes ailleurs.

Mme la présidente. L'amendement n° 772 rectifié *ter* est retiré.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je veux vous rassurer, madame Gruny : je suis tout à fait sensible à votre interpellation, d'autant que d'autres sénateurs et députés m'ont alertée sur ces problématiques de frontières administratives. Rencontrant les directeurs des agences régionales de santé chaque mois à l'occasion de leur séminaire, je leur ai donné instruction orale de prendre bien garde à ce que ces barrières administratives ne soient pas trop rigides et de permettre des conventionnements avec des départements limitrophes de celui où se trouve le CHU pour que des

étudiants puissent effectuer des stages hors région. Je le leur redirai. Les choses doivent se mettre en place doucement, sachant que ce n'était pas dans les habitudes. J'y serai vigilante.

Mme la présidente. L'amendement n° 55 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. Dufaut, D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Poniatowski, Perrin et Raison, est ainsi libellé :

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.

La parole est à M. Michel Raison.

M. Michel Raison. L'amendement est défendu.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Nous voulons décidément faire faire beaucoup de choses aux étudiants en médecine : au cours du deuxième cycle, ils devraient participer à des échanges internationaux, faire des stages de médecine générale, effectuer des stages en zones sous-denses et maintenant, si l'on suit les auteurs de cet amendement, en médecine ambulatoire spécialisée !

Mon cher collègue, adopter cet amendement ne me paraît pas souhaitable, car il me semble que le problème est pris à l'envers : avant de prévoir d'envoyer nos étudiants auprès de spécialistes libéraux, il faudrait établir les bases pour organiser des stages en ambulatoire, quelle que soit la spécialité, avec un encadrement satisfaisant, ce qui est loin d'être acquis aujourd'hui.

L'article 2 *ter* et l'amendement n° 1 rectifié *quater* prévoient cette possibilité pour le troisième cycle : je propose que nous commençons par là. Si cela fonctionne bien, peut-être pourrions-nous envisager, beaucoup plus tard, d'étendre cette possibilité au deuxième cycle.

Je rappelle par ailleurs que les étudiants de deuxième cycle n'ont, par définition, pas encore choisi de spécialité.

Enfin, l'amendement présente d'importants problèmes rédactionnels. La commission demande donc son retrait ; sinon, l'avis sera défavorable.

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

Mme Frédérique Vidal, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Raison, pour explication de vote.

M. Michel Raison. Il s'agit d'ouvrir une possibilité, et non d'instaurer une obligation. Je maintiens cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Genest, pour explication de vote.

M. Jacques Genest. Madame la ministre, si j'ai bien compris, un étudiant de sixième année ne peut pas effectuer un stage à l'extérieur de l'hôpital parce qu'il n'y est pas préparé. Or, dans le temps, les étudiants de sixième année de médecine assuraient des remplacements seuls, y compris en milieu rural. Étaient-ils plus intelligents que les étudiants d'aujourd'hui ou les études de médecine étaient-elles alors plus pratiques ?

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement concerne les stages en médecine ambulatoire spécialisée pour les étudiants de deuxième cycle. Même dans le temps, les étudiants de sixième année n'en effectuaient pas.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 55 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 797, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

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 ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. C'est un amendement de coordination.

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

Mme Frédérique Vidal, ministre. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 797.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'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 Paccard, Mme Duranton, M. Vaspart, 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 Nicolaÿ, M. 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, est ainsi libellé :

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.

La parole est à M. Michel Savin.

M. Michel Savin. Cet amendement a pour objet d'intégrer dans le cursus des étudiants en médecine un module de formation obligatoire concernant la prescription d'activités physiques adaptées dans une démarche thérapeutique.

Il s'agit d'inscrire dans la loi la sixième préconisation d'un rapport de l'Inserm publié le 14 février dernier, qui démontre l'importance de la pratique sportive pour les patients atteints d'une affection de longue durée et recommandant la prescription systématique d'activités physiques dans de tels cas.

L'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé permet que, dans le cadre du parcours de soins d'un patient atteint d'une affection de longue durée, le médecin traitant puisse prescrire une

activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Cette possibilité de prescription d'activité physique adaptée par le médecin traitant a été déclinée par le décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

Cette pratique du « sport sur ordonnance » concerne 10 millions de personnes souffrant d'ALD telles que la maladie de Parkinson, certains cancers, le diabète, etc. Elle permet d'améliorer leur condition physique, de diminuer la dépendance du système de soin à l'allopathie, de réduire les risques de récurrence et de réhospitalisation.

Mes chers collègues, beaucoup de professionnels soulignent les avantages qu'il y aurait à ce que les médecins connaissent mieux l'intérêt de la prescription d'activités physiques adaptées pour certaines pathologies.

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

M. Alain Milon, rapporteur. M. Savin et moi avons eu de nombreuses discussions, assez épiques, sur ce sujet. Si nous sommes d'accord sur le fait qu'une activité physique maintient tout un chacun dans un état de santé satisfaisant, il n'est pas obligatoire pour autant d'inscrire dans le programme des études de médecine un module relatif à la prescription d'activités physiques adaptées. Si l'on devait mettre en place l'ensemble des modules d'enseignement qu'il nous a été proposé d'introduire cet après-midi, il ne resterait plus de temps à l'étudiant en médecine pour étudier la médecine ! Il serait peut-être préférable de s'en tenir là : l'objectif est que les étudiants en médecine deviennent des médecins. Une fois médecins, peut-être pourront-ils passer un diplôme universitaire spécifique.

Par ailleurs, je rappelle que, dans certaines villes, la pratique du « sport sur ordonnance » est financée par les collectivités territoriales. En commission des affaires sociales, nous avons discuté du cas de la ville de Strasbourg, qui attribue 1 200 euros à chaque personne malade pratiquant une activité physique sur prescription médicale. Si cette prescription médicale devait être prise en charge par la sécurité sociale, je vous laisse calculer combien cela coûterait, à ce tarif, pour 10 millions de personnes... Le déficit de la sécurité sociale se trouverait aggravé de quelques milliards d'euros supplémentaires !

Il faut sensibiliser les médecins au fait que l'activité physique permet de se maintenir en forme – il faudrait d'ailleurs en faire autant pour les sénateurs (*Sourires.*) –, mais n'allons pas jusqu'à en systématiser la prescription. L'avis est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le sénateur Savin, encore une fois, nous ne souhaitons pas inscrire dans la loi la liste des thématiques qui devraient être enseignées pendant les études de médecine. Pour autant, il est reconnu que l'activité physique adaptée est effectivement un « plus » dans beaucoup de pathologies. Dans le cadre du changement de mode de tarification que je compte mettre en œuvre, notamment de la forfaitisation du traitement d'un certain nombre de pathologies chroniques, je souhaite que l'activité physique adaptée prescrite en prévention secondaire de ces pathologies puisse être prise en charge globalement. Je pense notamment à la prise en charge de l'activité physique adaptée après un cancer du sein que nous mettons en place dans le cadre du plan Priorité prévention.

Par ailleurs, la Haute Autorité de santé vient de rendre son avis sur l'activité physique adaptée et a fait des recommandations à ce sujet, notamment en matière d'aide à la prescription pour les médecins. N'importe quel médecin peut aujourd'hui, en se référant à cet avis, savoir comment prescrire une activité physique adaptée.

Je le répète, même si ce sujet est extrêmement important, il me semble nécessaire de veiller à ne pas inscrire dans la loi la totalité des thématiques auxquelles nous sommes sensibilisés. L'avis est défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Savin, pour explication de vote.

M. Michel Savin. Les propos de M. le rapporteur et de Mme la ministre sont quelque peu en contradiction avec le fait de reconnaître, avec l'ensemble des professionnels, que la pratique d'une activité physique adaptée est un « plus » dans nombre de pathologies. Aujourd'hui, les médecins, par manque de formation, ne savent à qui adresser ceux de leurs patients qui auraient besoin, en raison de leur pathologie, de pratiquer une activité physique adaptée. Il paraît donc nécessaire de permettre aux étudiants en médecine de suivre une formation, même courte, à la prescription d'activités physiques adaptées. Il s'agirait d'une simple possibilité, pas d'une obligation.

Je maintiens mon amendement, même si je sais par avance quel sort sera réservé.

Mme la présidente. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. C'est là un sujet particulièrement intéressant. On sait bien que la pratique d'une activité physique est importante pour les personnes atteintes de certaines pathologies chroniques, mais également pour les patients souffrant de troubles neurodégénératifs. Physiologiquement, l'homme a besoin d'un équilibre entre la tête et les jambes : un peu de bon sens permet peut-être parfois une meilleure prise en charge !

Madame la ministre, je n'ai rien contre la forfaitisation, mais, comme le forfait n'est pas extensible, la prise en charge de l'activité physique adaptée se fera au détriment de celle d'un autre soin... Je tiens à attirer votre attention sur ce point.

Cela montre bien, d'ailleurs, qu'il reste des efforts à faire pour améliorer les soins dispensés aux Français. Un objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé à 200 milliards d'euros, fût-il en progression régulière, ce n'est pas suffisant. Quand j'entends dire, notamment du côté de Bercy, que la sécurité sociale connaîtra des excédents, j'ai envie de répondre qu'il faudrait peut-être, avant de parler d'excédents, couvrir entièrement les besoins qui ne le sont pas encore.

Enfin, comme toujours en matière de prévention, on voit le coût immédiat de la mesure, mais pas son amortissement au fil des ans. C'est la raison pour laquelle, avec ma collègue Catherine Deroche, nous travaillons à la mise en place d'un Ondam pluriannuel, qui prendrait davantage en compte la prévention. À cet égard, le rapport Libault est tout à fait intéressant, mais on voit bien qu'un certain nombre d'améliorations seront nécessaires.

Nous reviendrons sur le sujet lors de l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais il faut véritablement le prendre en compte, car les activités sportives adaptées s'inscrivent désormais pleinement dans le parcours de soins du patient. Leur prise en charge ne doit pas forcée-

ment être assumée par les collectivités locales, comme c'est le cas actuellement pour les réseaux Sport-Santé Bien-Être qui ont été créés dans différents départements.

Je voterai contre cet amendement, pour les raisons invoquées par le rapporteur, mais cette question devra être de nouveau abordée au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, me semble-t-il.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il est évident pour tout le monde qu'une activité physique améliore la santé des patients, si elle est adaptée à leur maladie. Cela dit, dans une perspective de prévention, il vaudrait mieux affirmer carrément la nécessité de pratiquer une activité physique dès l'enfance pour retarder au maximum la survenue de la maladie. L'éducation nationale devrait obliger les enfants à faire du sport à l'école. Je pense en particulier à la pratique de la natation. Actuellement, on manque malheureusement de piscines en France, et nombre de municipalités en ferment parce qu'elles coûtent trop cher. De fait, beaucoup d'enfants n'apprennent plus à nager. Cet été, on a enregistré un nombre considérable de noyades, alors que dans les années soixante-dix et quatre-vingt, à l'époque de la construction des 1 000 piscines, la mort par noyade était devenue beaucoup moins fréquente.

Pratiquons donc d'abord la prévention par l'enseignement d'une activité physique dès l'enfance : cela permettra, j'en suis sûr, que nos compatriotes ne connaissent la maladie que beaucoup plus tardivement qu'aujourd'hui, ce qui profitera aussi à la sécurité sociale.

En ce qui concerne l'amortissement du coût de la mesure proposée par M. Savin, celle-ci permettrait certes à terme une réduction des dépenses de la sécurité sociale. Pour autant, l'activité physique doit relever d'une démarche naturelle ; elle n'a pas vocation à être prescrite par un médecin ni prise en charge par la sécurité sociale.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. La prévention est évidemment la priorité du Gouvernement. Ainsi, le plan Priorité prévention prend en compte toutes les mesures d'éducation à la santé dès l'enfance. Je vous renvoie en outre à tout ce que Mme Vidal et moi-même avons inscrit dans le programme du service sanitaire des étudiants en santé.

Par ailleurs, au cours d'un enseignement portant sur une pathologie telle que le diabète, l'hypertension artérielle ou le cancer, les questions de prévention sont abordées. Un oncologue enseigne à ses étudiants que l'activité physique adaptée permet de réduire de 30 %, c'est-à-dire tout autant que l'hormonothérapie, la mortalité des patientes atteintes d'un cancer du sein.

La prévention primaire et la prévention secondaire font partie de l'enseignement pour toutes les pathologies. Faites confiance aux enseignants de médecine, faites confiance aux facultés de médecine françaises pour enseigner tout ce qui relève des bonnes pratiques, y compris en matière de prévention, sans qu'il soit nécessaire de prévoir dans la loi un module spécifique.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 789 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 2 *bis*, modifié.

(L'article 2 *bis* est adopté.)

Article additionnel après l'article 2 *bis*

Mme la présidente. L'amendement n° 390 rectifié *bis*, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier et Guidez et M. Capo-Canellas, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Cet amendement a pour objet d'inciter les médecins à devenir maîtres de stage.

Nous nous rejoignons tous sur le constat que la réalisation de stages en ambulatoire permet de favoriser l'installation de médecins sur nos territoires. Toutefois, il faut pouvoir disposer de maîtres de stage sur l'ensemble de nos territoires. Je note que le nombre de maîtres de stage augmente ; il faut cultiver cette dynamique.

Respectueux de la liberté des praticiens, les auteurs de cet amendement souhaitent inciter les médecins des réseaux de santé, des centres de santé ou encore des maisons de santé à se former pour pouvoir accompagner un étudiant en médecine lors d'un stage.

D'après les informations dont nous disposons, cet amendement serait satisfait par un arrêté ou une circulaire. Il s'agit donc ici d'inscrire dans la loi un dispositif dont la mise en place est souhaitée à la fois par le Gouvernement et par le Parlement, dans la mesure où nous sommes tous d'accord, ici au Sénat, pour permettre aux étudiants qui le désirent d'effectuer leurs stages en ambulatoire, notamment en zones sous-denses.

L'adoption de cet amendement permettrait aux ARS de se prévaloir de la loi pour utiliser le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le CPOM, de manière incitative. Elles pourraient, par exemple, mettre en place un système de bonus-malus en fonction de la présence de maîtres de stage universitaires dans les structures bénéficiant d'un CPOM.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Le dispositif que vous proposez, madame Guidez, n'est pas contraignant ; il s'agit d'ouvrir une simple possibilité. En l'état actuel du droit, rien ne semble s'opposer à ce que de tels objectifs figurent dans les CPOM, même si ce n'est pas obligatoire. Il n'est donc pas nécessaire de le prévoir expressément dans la loi.

J'émettrai en outre deux réserves sur cet amendement.

La première réserve porte sur le ciblage des structures. Il pourrait également être intéressant, pour des étudiants, de faire des stages auprès d'associations de permanence de soins ou de professionnels constitués en communautés professionnelles territoriales de santé. On peut tout imaginer. Cela ne signifie pas qu'il faudrait prévoir des objectifs d'accueil de stagiaires également pour ces structures ; simplement, il n'est

pas nécessairement opportun de viser certaines structures plutôt que d'autres, car cela peut brouiller le message envoyé aux étudiants et aux acteurs de santé.

La seconde réserve tient au fait que le problème me semble avoir été pris à l'envers. Avant d'imposer des objectifs chiffrés à certaines structures de soins seulement, nous devons nous assurer que les conditions du développement de stages extrahospitaliers sont réunies. Cela nécessite, en particulier, de prévoir ces stages dans les maquettes de formation, mais également de former suffisamment de maîtres de stage. À ces conditions, les étudiants pourront faire des stages dans tout type de structure ambulatoire dans des conditions d'encadrement satisfaisantes, ce qui n'est pas encore le cas pour l'instant.

À défaut d'un retrait de l'amendement, la commission émettra un avis défavorable.

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

Mme Frédérique Vidal, ministre. Madame la sénatrice, l'avis du Gouvernement est identique à celui du rapporteur. Effectivement, rien ne s'oppose à ce que de tels objectifs figurent dans les CPOM. Notre objectif commun à tous est de développer et de diversifier les terrains de stage en ambulatoire, en zones sous-denses en particulier.

Mme la présidente. Madame Guidez, l'amendement n° 390 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Jocelyne Guidez. Non, je le retire, madame la présidente, puisque ce que je propose est d'ores et déjà possible.

Mme la présidente. L'amendement n° 390 rectifié *bis* est retiré.

Article 2 *ter*

- ① L'article L. 4131-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le mot : « générale » est supprimé ;
- ③ 2° (*Non modifié*) Les mots : « généralistes agréés » sont remplacés par les mots : « agréés-maîtres de stage des universités ».

Mme la présidente. La parole est à Mme Cathy Apurcau-Poly, sur l'article.

Mme Cathy Apurcau-Poly. L'augmentation du nombre d'étudiantes et d'étudiants en médecine et de futurs infirmiers pose évidemment la question du nombre de maîtres de stage en mesure de les accueillir.

Concernant la médecine générale, voilà quelques semaines, le Syndicat national des enseignants de médecine générale a publié des chiffres annuels très encourageants en matière de maîtrise de stage. Le nombre de maîtres de stage des universités progresse pour la troisième année consécutive au sein de la filière universitaire de médecine générale, pour dépasser le cap symbolique des 10 000.

Si l'indemnité des maîtres de stage des universités est augmentée de 300 euros par mois pour ceux qui sont installés en zones sous-denses, des difficultés demeurent, l'enveloppe destinée à la formation ayant été divisée par deux, ce qui limite la possibilité de suivre une formation plus fréquemment que tous les deux ans.

Nous pensons donc qu'il faut augmenter les crédits de la formation, pour accroître le nombre de maîtres de stage des universités. Il convient également de revoir leur répartition territoriale, car elle est aujourd'hui inégale.

Nous regrettons que le Gouvernement ne prenne pas en considération ces aspects au travers du présent projet de loi.

Mme la présidente. L'amendement n° 16 rectifié *ter*, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier, Guidez et les membres du groupe Union Centriste, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Les stages apparaissent comme un levier d'action essentiel pour faire découvrir aux étudiants en médecine les réalités des territoires fragiles et la richesse des modes d'exercice, et orienter ainsi les vocations. Pourtant, les textes prévoient le suivi obligatoire d'un stage d'initiation à la médecine générale en cabinet libéral, en maison de santé ou en centre de santé pendant l'externat. Ce stage n'est pas effectué partout, en raison d'un déficit de maîtres de stage, mais aussi d'un manque de volontarisme des unités de formation et de recherche en santé. Il n'en constitue pas moins une étape essentielle pour découvrir une spécialité méconnue et trop souvent dévalorisée au sein d'un second cycle qui demeure fortement hospitalo-universitaire.

Cet amendement vise à faciliter l'agrément des praticiens maîtres de stage des universités accueillant des étudiants de deuxième et de troisième cycles de médecine, afin de diversifier et de multiplier les lieux de stage, ce qui permettra *in fine* l'orientation de davantage d'étudiants vers la médecine générale et les territoires sous-dotés.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement apparaît intéressant à la commission, à deux titres.

En premier lieu, il tend à compléter la base législative du code de la santé publique ouvrant la possibilité aux étudiants en médecine de réaliser des stages extrahospitaliers, pour étendre celle-ci aux étudiants de deuxième cycle sans l'inscrire dans le code de l'éducation. Cela signifie qu'il sera possible aux étudiants d'effectuer de tels stages sur la base du volontariat, même si le code de l'éducation ne le prévoit pas expressément.

En second lieu, les auteurs de cet amendement soulèvent une question pertinente quant aux modalités concrètes de réalisation de ces stages, en prévoyant un encadrement au niveau législatif de l'agrément des maîtres de stage. À l'heure actuelle, ce régime n'est défini qu'au niveau réglementaire, ce

qui est sans doute insuffisant. Il est donc proposé de déterminer cet encadrement à droit constant, tout en fixant le principe d'une formation obligatoire.

L'avis de la commission est favorable.

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

Mme Frédérique Vidal, ministre. Je ne reviendrai pas sur l'intérêt de développer et de diversifier la maîtrise de stage ambulatoire, non plus que sur la nécessité de redoubler d'efforts en ce sens; nos deux ministères sont résolument mobilisés à cette fin. Ces efforts ont débouché sur un certain succès, puisque l'on compte maintenant quelque 10 700 maîtres de stage et que ce nombre augmente d'environ 20 % chaque année.

L'enjeu premier réside tout autant dans le processus de formation des praticiens à la maîtrise de stage que dans l'émergence de candidatures à l'agrément de lieux de stage répondant aux critères pédagogiques requis pour accueillir et former les étudiants de deuxième et de troisième cycle des études de médecine.

Ces deux processus sont complémentaires, c'est dans ces deux directions que toutes les mesures susceptibles de faciliter la maîtrise de stage doivent être envisagées, avec le souci permanent de préserver la qualité de l'encadrement et de la formation.

Ces mesures relèvent actuellement du niveau réglementaire et doivent être en permanence étroitement concertées. C'est pourquoi le Gouvernement n'est pas favorable à ce que des options soient ainsi préemptées au niveau de la loi, ce qui rendrait leur éventuelle adaptation beaucoup plus compliquée.

Nous sommes néanmoins bien entendu très favorables au développement de la maîtrise de stage ambulatoire et de nouvelles initiatives vont être prises par nos deux ministères pour conforter encore l'augmentation du nombre de maîtres de stage que nous constatons depuis maintenant deux années consécutives.

Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 16 rectifié *ter*.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'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, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Josiane Costes.

Mme Josiane Costes. Les internes en médecine représentent un vivier de compétences qu'il serait utile de mettre au service des territoires.

Leur statut est particulier, puisqu'ils sont toujours des étudiants, mais des étudiants dont la formation est déjà bien avancée et qui peuvent réaliser toute une série d'actes médicaux. Malheureusement, la formation des internes en

médecine est trop tournée vers le secteur hospitalier. Si les stages en cabinet médical ont été rendus possibles récemment, ils sont encore trop peu fréquents et il est nécessaire d'augmenter le nombre de maîtres de stage.

C'est la raison pour laquelle cet amendement vise à imposer aux étudiants en médecine de troisième cycle d'effectuer des stages auprès de praticiens exerçant en libéral, en complément des stages en hôpital.

Rendre obligatoires de tels stages pour les internes en médecine permettrait tout d'abord de lutter contre le manque de médecins en zones sous-denses. Les internes en médecine pourraient ainsi assurer des consultations dans le territoire où est situé l'hôpital.

Par ailleurs, cela faciliterait l'ancrage de ces futurs médecins dans un territoire et sa population, et pourrait leur donner envie de s'y installer.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La préoccupation exprimée par Mme Costes est satisfaite par l'amendement n° 1 rectifié *quater*, que nous avons adopté à l'article 2 et dont la rédaction me paraît préférable, car elle tend à modifier le code de l'éducation, et donc la maquette de formation des étudiants. Cela me paraît plus opérationnel pour parvenir au résultat escompté.

L'article 2 *ter* porte sur la base législative du code de la santé publique permettant aux étudiants de faire des stages non hospitaliers. Il me semble que ce n'est pas à cet endroit du texte que nous devons instaurer une telle obligation.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, son avis serait défavorable.

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

Mme Frédérique Vidal, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Madame Costes, l'amendement n° 350 rectifié est-il maintenu ?

Mme Josiane Costes. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 350 rectifié est retiré.

L'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, est ainsi libellé :

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 maîtres de stage et accueillir des étudiants en médecine dans la maquette de leur formation de troisième cycle au même titre que les médecins traitants. »

La parole est à M. Dominique Théophile.

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

Aujourd'hui, tous les étudiants de troisième cycle n'ont pas la possibilité de faire leurs stages au sein d'associations de soins non programmés et de permanence de soins ambulatoires, ce qui est regrettable.

Le présent amendement prévoit que les médecins généralistes exerçant dans des associations de soins non programmés et de permanence de soins ambulatoires, tels que les 1 300 médecins généralistes de SOS Médecins France, puissent être agréés maîtres de stage pour accueillir des étudiants en vue de compléter la nécessaire formation de ces derniers à la prise en charge des soins non programmés et urgents.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il me semble, mon cher collègue, que rien dans la rédaction de l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, qui est très large, n'interdit de tels stages. La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, son avis serait défavorable.

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

Mme Frédérique Vidal, ministre. Monsieur le sénateur Théophile, les agréments sont délivrés par les ARS sur proposition des facultés de médecine et sur la base d'un projet pédagogique qui peut être présenté par tout médecin généraliste aux internes qui réaliseraient leur stage sous son encadrement. L'accueil d'étudiants au sein des associations en question est donc tout à fait possible en l'état actuel du droit.

Cet amendement étant satisfait, je vous propose de le retirer ; à défaut, le Gouvernement y sera défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Théophile, pour explication de vote.

M. Dominique Théophile. Je n'ai pas le sentiment que les choses soient aussi claires que l'affirment M. le rapporteur et Mme la ministre. Pourraient-ils apporter des précisions supplémentaires afin de lever mes doutes ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Si M. Théophile ne retire pas cet amendement, je le voterai. La possibilité d'effectuer de tels stages existe en effet sur le papier, mais, sur le terrain, l'agrément en tant que maîtres de stage de médecins membres d'associations telles que SOS Médecins se heurte à de réelles difficultés.

Lorsque j'ai évoqué ce sujet, on m'a également répondu que mon amendement était satisfait, mais je voudrais attirer de nouveau votre attention sur ce point, madame la ministre des solidarités et de la santé. Il importe d'identifier les freins qui sont à l'œuvre. Cette situation me semble d'autant plus regrettable qu'elle va à l'encontre de la politique visant à permettre aux jeunes médecins d'être à l'aise sur le terrain, en ambulatoire et en médecine d'urgence.

Mme la présidente. La parole est à Mme Sylvie Goy-Chavent, pour explication de vote.

Mme Sylvie Goy-Chavent. Comment les étudiants en médecine peuvent-ils suivre les cours obligatoires quand ils effectuent un stage loin de l'hôpital ? Mesdames les ministres, peut-être pourriez-vous réfléchir à la possibilité de faire dispenser ces cours par visioconférence. Ainsi, des étudiants pourraient faire plus facilement des stages en zones sous-denses ou à la campagne. Mon intervention n'est pas en lien direct avec l'amendement, mais il me semble qu'elle va dans le même sens.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

Mme Frédérique Vidal, ministre. Nous parlons ici du troisième cycle : la question de la conciliation des stages et du suivi de cours le matin ou l'après-midi ne se pose pas comme en deuxième cycle.

La formation de troisième cycle est très précisément encadrée par des textes qui fixent notamment les conditions d'octroi par les ARS des agréments pour l'accueil d'internes en stage. L'élément clé est le dépôt d'un projet pédagogique par le médecin généraliste ou par la structure qui souhaite accueillir l'étudiant pour un stage. Il ne suffit pas de vouloir être maître de stage et d'être formé pour cela, il faut également proposer un projet de formation, parce que le troisième cycle de médecine fait partie intégrante du cursus de formation, même s'il s'agit alors de formation professionnalisante.

En pratique, strictement rien n'empêche l'accueil d'internes par des associations comme SOS Médecins. Je ne doute pas que des difficultés puissent se présenter parfois, mais la loi ne peut, à mon sens, régler toutes les situations que l'on observe sur le terrain.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Rien ne s'oppose à l'accueil de stagiaires par de telles associations. La preuve en est que, aujourd'hui, en Île-de-France, huit médecins généralistes exerçant au sein de SOS Médecins sont agréés comme maîtres de stage universitaires. Il n'y a aucune difficulté, et il est donc inutile d'inscrire cela dans la loi. Les problèmes rapportés tiennent probablement à l'absence de dépôt de projet pédagogique.

Mme la présidente. Monsieur Théophile, l'amendement n° 553 est-il maintenu ?

M. Dominique Théophile. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 553 est retiré.

L'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, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Cet amendement vise à autoriser, à Mayotte, les étudiants de troisième cycle de médecine générale à effectuer une partie de leurs stages pratiques dans des dispensaires. Mayotte se caractérise en effet par une situation sanitaire particulière, à laquelle répond un maillage spécifique de l'offre de soins. Cette mesure permettrait de désengorger le centre hospitalier de Mayotte et de répondre ainsi à une préoccupation forte des Mahorais.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il n'y a aucune raison pour que les médecins exerçant dans les dispensaires mahorais ne puissent pas devenir maîtres de stage, sous réserve qu'ils présentent un plan de formation. Cet amendement étant satisfait, j'en demande le retrait.

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

Mme Frédérique Vidal, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Monsieur Théophile, l'amendement n° 554 est-il maintenu ?

M. Dominique Théophile. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 554 est retiré.

Je mets aux voix l'article 2 *ter*, modifié.

(L'article 2 *ter* est adopté.)

Articles additionnels après l'article 2 *ter*

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 341 rectifié, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement vise à permettre une dérogation à l'article L. 4131-6 du code de la santé, lequel impose actuellement aux étudiants de troisième cycle d'effectuer leurs stages auprès de médecins généralistes agréés.

Au regard de l'urgence sanitaire dans certains territoires, du manque criant de spécialistes et des délais d'attente, nous souhaitons qu'il soit possible, pour les étudiants, de réaliser leurs stages auprès de médecins spécialistes agréés exerçant en outre-mer.

Pour m'être rendue l'an dernier en Guyane et en Guadeloupe avec la commission des affaires sociales, je peux attester de la situation très préoccupante de la médecine de ville et des hôpitaux dans ces régions françaises ultramarines.

Il importe, à nos yeux, de faire évoluer notre droit afin de mieux répondre aux besoins de ces territoires et des patients et, par la même occasion, de diversifier les lieux de stage pour les étudiants.

Mme la présidente. L'amendement n° 440, présenté par M. Lurel, Mmes Jasmin, Conconne, Lepage et Ghali, MM. Todeschini et Mazuir, Mme Artigalas et MM. Manable et Montaugé, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à M. Victorin Lurel.

M. Victorin Lurel. Cet amendement est très proche de celui que vient d'exposer excellemment notre collègue Laurence Cohen.

J'ai le sentiment que, malgré vos efforts, mesdames les ministres, ce texte n'est pas tout à fait adapté à la situation des outre-mer. Je ne prétends pas que rien n'est fait, mais je n'y trouve pas de dispositions collant à la situation concrète de ces territoires.

Je vais faire ce que les politologues appellent du parochialisme ultramarin... Nos territoires sont sous-dotés au carré, au cube, même à la puissance dix ! Cet amendement vise non pas à créer une obligation, mais à ouvrir le champ des possibles en permettant aux étudiants de faire leurs stages, s'ils le souhaitent, non plus seulement chez les médecins généralistes, mais également chez les spécialistes. Cela accroîtrait les chances des étudiants ultramarins d'effectuer des stages professionnalisants.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Ces deux amendements me semblent satisfaits par l'article 2 *ter* du projet de loi, dont la portée semble par ailleurs plus large, dans la mesure où il autorise les étudiants de toutes spécialités à effectuer leurs stages auprès de praticiens libéraux, sans restriction territoriale.

La commission demande le retrait de ces amendements ; à défaut, l'avis serait défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement partage l'avis du rapporteur et s'associe à sa demande de retrait, ces amendements étant satisfaits. Aujourd'hui, la médecine générale est elle-même une spécialité. La possibilité souhaitée par les auteurs des amendements est déjà offerte.

Monsieur Lurel, nous nous préoccupons fortement des outre-mer. Nous avons d'ores et déjà créé, dans le cadre du plan d'accès aux soins présenté par le Premier ministre à la fin de 2017, 200 postes d'assistant spécialiste pour les outre-mer. Ces assistants des hôpitaux, qui ont la capacité de former des étudiants, sont en cours de recrutement dans tous les départements et dans toutes les collectivités d'outre-mer.

Par ailleurs, l'ensemble de ce texte vise à permettre à tous les territoires de s'organiser en fonction de leurs spécificités. Cette liberté donnée aux acteurs locaux concerne naturellement au premier chef les outre-mer.

Monsieur Lurel, vous ne pouvez donc pas dire que nous ne sommes pas spécialement attentifs à la situation des outre-mer. Au contraire, ce gouvernement, tous ses actes le montrent, a veillé particulièrement à accompagner l'offre de soins en outre-mer et à prendre en compte la question, prioritaire, de la prévention.

Mme la présidente. La parole est à M. Victorin Lurel, pour explication de vote.

M. Victorin Lurel. Le rapporteur a fait référence à l'article 2 *ter*, mais je ne vois pas où figure, dans le texte que j'ai sous les yeux, la faculté qu'il a évoquée. Il faudra m'éclairer davantage pour me conduire à retirer mon amendement.

Madame la ministre, j'entends vos propos et je peux même reconnaître vos efforts, mais la situation actuelle outre-mer, en termes de démographie médicale, d'attractivité, d'agrément des maîtres de stage universitaires, s'agissant notamment des médecins généralistes, est un vrai sujet. Des amendements relatifs aux surcoûts seront discutés tout à l'heure ; je veux bien que les fameux coefficients géographiques aient été récemment révisés, mais cela a été fait sans tenir compte de toutes les particularités de nos territoires tenant à l'éloignement et à l'insularité.

Qu'il faille recruter, c'est une évidence, eu égard au déficit considérable de personnel que nous connaissons. Un effort très important doit manifestement être fait. La loi renvoie à des plans d'action, mais j'aimerais voir graver dans le marbre du texte quelques améliorations.

Sous réserve de la réponse de notre rapporteur à propos de l'article 2 *ter*, dont la rédaction satisfierait selon lui mon amendement, je suis disposé à retirer celui-ci.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 2 *ter* modifie l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, en supprimant le mot « générale » et en remplaçant les mots : « généralistes agréés » par les mots : « agréés-maîtres de stage des universités ».

Mme la présidente. Monsieur Lurel, que décidez-vous ?

M. Victorin Lurel. Au bénéfice de cette explication, je retire l'amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 440 est retiré.

Madame Cohen, l'amendement n° 341 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 341 rectifié est retiré.

L'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. Laménié et Mme de Cidrac, est ainsi libellé :

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 ».

La parole est à Mme Christine Bonfanti-Dossat.

Mme Christine Bonfanti-Dossat. La maquette de formation des masseurs-kinésithérapeutes a intégré, en 2015, une cinquième année de formation, durant laquelle les étudiants réalisent un stage professionnalisant de trois mois, le clinicat.

Les critères d'évaluation de ce stage intègrent, notamment, la capacité de l'étudiant à concevoir et à mettre en œuvre un projet de soin de manière autonome, sous supervision du maître de stage.

L'autonomisation de l'étudiant dans la gestion d'une prise en charge induit *de facto* une augmentation de la patientèle, ce qui n'a jamais posé de problème pour les étudiants en médecine stagiaires. Or le cadre juridique actuel n'autorise pas l'augmentation de l'activité pour les masseurs-kinésithérapeutes. Cet amendement vise à remédier à cette situation et à permettre une augmentation de la patientèle dans le cadre du clinicat.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il n'a pas paru opportun à la commission de réserver cette mesure aux seuls masseurs-kinésithérapeutes, pour des raisons évidentes d'équité entre les professionnels de santé.

L'interdiction de l'accroissement de l'activité rémunérée à l'occasion d'un stage a une finalité protectrice des patients comme des étudiants. Le code de la santé publique dispose que les actes remboursés par l'assurance maladie sont réputés être accomplis par des professionnels diplômés.

À défaut d'un retrait de cet amendement, la commission émettrait un avis défavorable.

Mme la présidente. Madame Christine Bonfanti-Dossat, l'amendement n° 140 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Christine Bonfanti-Dossat. Non, je le retire, avec beaucoup de regrets...

Mme la présidente. L'amendement n° 140 rectifié *bis* est retiré.

Article 3

- ① I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue visant à :
 - ② 1° Créer une procédure de certification permettant, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, de garantir le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'actualisation et le niveau des connaissances, et de valoriser leur évolution ;
 - ③ 2° Déterminer les professionnels concernés par cette procédure de certification, les conditions de sa mise en œuvre et de son contrôle, les organismes qui en sont chargés, les conséquences de la méconnaissance de cette procédure ou de l'échec à celle-ci, ainsi que les voies de recours ouvertes à l'encontre de ces conséquences.
- ④ II. – (*Non modifié*) Les ordonnances prévues au I sont prises :
- ⑤ 1° Dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, pour celle relative à la profession de médecin ;
- ⑥ 2° Dans un délai de deux ans à compter de la publication de la présente loi, pour celles relatives aux autres professions mentionnées au premier alinéa du même I.

⑦ Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

M. Yves Daudigny. Madame la ministre, par cet article, vous demandez au Parlement d'habiliter le Gouvernement à légiférer par ordonnances pour créer une procédure de recertification des professionnels de santé en exercice.

Si, une fois encore, nous ne sommes pas opposés par principe aux ordonnances, il est regrettable que le texte de loi ne retranscrive que trop sommairement les recommandations du rapport du professeur Uzan, dont il semble pourtant s'inspirer largement.

Dès lors, cet article 3 baigne dans un flou artistique, qu'il s'agisse du fond de la réforme envisagée ou des moyens qui lui seront dédiés. Nous le regrettons.

Aujourd'hui, l'Agence nationale du développement professionnel continu, l'ANDPC, consacre environ 180 millions d'euros par an au développement professionnel continu, ou DPC, des neuf professions de santé concernées, près de la moitié de cette somme profitant aux médecins. Si le DPC doit être l'une des composantes de la recertification, comme l'a indiqué la direction générale de l'offre de soins devant la commission des affaires sociales, il apparaît clairement que des moyens supplémentaires devront être prévus. Qu'en est-il, madame la ministre ?

Enfin, je me permets d'attirer votre attention sur un autre point : la procédure de recertification devra être bien plus simple que le DPC actuel. Aujourd'hui, rien n'est fait pour faciliter une démarche aussi essentielle qu'exigeante.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre des solidarités et de la santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le sénateur Daudigny, vous le savez, le rapport du professeur Uzan n'était pas suffisamment opérationnel pour que nous puissions inscrire dans la loi la méthode de recertification proposée.

Ce sujet fait l'objet d'une large concertation avec les professionnels. La procédure devra être opérationnelle et simple pour les médecins, parce que ceux-ci ont besoin de temps médical pour soigner. Il ne faut pas ajouter une énième couche administrative empiétant sur leur exercice professionnel.

Les jeunes générations de professionnels sont très intéressées par cette recertification, qui est mise en œuvre dans beaucoup de pays du monde. Nous souhaitons la rendre optionnelle pour les générations les plus anciennes. Nous travaillons avec la totalité des syndicats pour voir si cela est faisable ou pas.

Nous laissons le soin à la concertation de définir ce que contiendra la recertification. Beaucoup souhaitent que le DPC soit un mode de recertification ou intervienne dans les possibilités de recertification. La concertation est de très bonne tenue, laissons-la se dérouler. Toutes les parties prenantes souhaitent aboutir, et j'ai donc bon espoir que nous puissions proposer une ordonnance et un projet de loi d'habilitation au début de l'année 2020. Comme je m'y étais engagée, le projet d'ordonnance sera présenté à la commission des affaires sociales avant que le projet de loi d'habilitation ne soit soumis au Parlement.

Mme la présidente. L'amendement n° 275, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

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

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement vise, après celui qui a été adopté en commission sur l'initiative de notre rapporteur, à améliorer la rédaction de l'article 3, relatif à la certification des professionnels.

L'objectif est de maintenir un haut niveau de compétences tout au long de la carrière professionnelle. Or la formation continue obligatoire des médecins est essentiellement assurée par l'industrie pharmaceutique, qui peut ainsi les inciter à prescrire ses propres produits. Nous avons évoqué ce sujet lors de l'examen de l'article 2, mais il s'agissait alors de la formation initiale.

Le présent article tend à mettre en place une « procédure de certification » permettant de garantir à échéances régulières, au cours de la vie professionnelle, « le maintien des compétences » et « le niveau des connaissances ». Nous souhaitons que les pratiques actuelles en matière de formation initiale ne s'étendent pas aux formations délivrées dans le cadre du développement professionnel continu. Dans cet esprit, il convient d'interdire à des structures et des organismes en lien direct ou indirect avec les industries de santé d'être parties prenantes de ces procédures de certification.

Nous avons pris en compte, dans la rédaction de notre amendement, les remarques que vous aviez faites à l'Assemblée nationale, madame la ministre, en faisant en sorte de ne pas exclure du DPC les organismes à but lucratif sans lien avec l'industrie, tels que les structures émanant de centres de lutte contre le cancer, pour reprendre l'un des exemples que vous aviez cités.

Mme la présidente. Le sous-amendement n° 822, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Amendement n° 275, dernier alinéa

Rédiger ainsi cet alinéa :

indépendante de tout lien d'intérêt

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous sommes favorables à l'amendement de Mme Cohen – inspiré, en effet, par les discussions à l'Assemblée nationale sur l'amendement de Mme Fiat –, sous réserve que son champ soit élargi au-delà des seules industries de santé. Nous pensons nous aussi qu'il est absolument nécessaire de garantir l'indépendance de la procédure de recertification des compétences, mais nous proposons de donner au dispositif de l'amendement une portée plus générale en la matière. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 275, sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 822.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission est favorable au sous-amendement et à l'amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Nous nous félicitons de ce double avis favorable, et nous voterons volontiers le sous-amendement! (*Sourires.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 822.

(*Le sous-amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 275, modifié.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 297, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

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

La parole est à Mme Céline Brulin.

Mme Céline Brulin. Cet amendement vise à compléter l'alinéa 2 de l'article 3 pour préciser les finalités de la procédure de certification des médecins, en mentionnant notamment la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'objectif de promouvoir l'accompagnement global des patients. Cette double perspective mérite d'être inscrite dans la loi, en complément du maintien des compétences, qui est une dimension évidente de la certification des médecins.

Cette proposition fait écho au souhait de la Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement que la procédure ne se limite pas aux aspects de qualité et de sécurité des soins, mais aborde aussi, par exemple, le développement des besoins de santé ou l'organisation du système de santé.

Nous tenons à souligner que la réussite de la nouvelle procédure suppose la mise en place de véritables plans de formation continue, accompagnée des moyens appropriés. Les médecins auront aussi besoin de temps pour se former.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Assurer la qualité et la sécurité des soins et favoriser l'accompagnement global des patients, tels sont les objectifs de la future procédure de certification selon l'étude d'impact et le rapport de préfiguration du professeur Uzan. Il ne me paraît pas utile de les préciser dans le cadre de l'habilitation à légiférer par ordonnance, d'autant que cela complexifierait la rédaction de l'alinéa 2. L'amélioration de la formation continue des professionnels aura nécessairement un effet sur la qualité des soins. Retrait, sinon avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Madame Brulin, l'amendement n° 297 est-il maintenu ?

Mme Céline Brulin. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 297.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'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, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Après le mot :

professionnels

insérer les mots :

en exercice ou en devenir

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. La recertification des médecins permettra de garantir et de maintenir leur haut niveau de qualification ; c'est dans cet esprit que l'article 3 a été écrit. Il ne saurait être entendu qu'il faudrait circonscrire le champ d'application de cette mesure aux seuls nouveaux médecins. Pour garantir la qualité de l'ensemble des consultations médicales, la recertification doit profiter à l'ensemble des patients, et donc concerner l'ensemble des médecins qu'il est possible de consulter.

En l'absence d'égalité de traitement des médecins devant la recertification de leurs compétences, s'établirait un système comportant deux catégories de professionnels : ceux dont les connaissances seraient systématiquement contrôlées et certifiées et ceux qui auraient le choix de se soumettre ou non à cette mesure.

Par ailleurs, plusieurs questions pratiques viennent à l'esprit. Comment la recertification sera-t-elle financée ? À quelle fréquence devra-t-elle avoir lieu et qui la contrôlera ? Quelles en seront les issues : y aura-t-il des sanctions possibles et qu'advient-il d'un médecin qui ne parviendrait pas à valider sa recertification ?

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il est vrai que le cadre de l'habilitation pourrait être plus clair sur le point soulevé par M. Amiel : la nouvelle procédure de certification sera-t-elle applicable uniquement aux nouveaux professionnels de santé ou aussi à ceux qui sont déjà en exercice ? La commission n'a pas réussi à répondre à cette question importante. Elle demande donc l'avis du Gouvernement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le rapport du professeur Uzan préconise une certification obligatoire pour les jeunes médecins – le flux – et facultative pour les autres – le stock. Aujourd'hui que la concertation démarre, il faut à mon avis laisser aux acteurs le soin de déterminer s'ils souhaitent s'emparer de cette problématique.

On a parlé de la difficulté de maintenir les médecins dans un exercice libéral, on parle du cumul emploi-retraite. Veillons à ne pas freiner l'envie de certains de poursuivre leur activité, notamment dans les territoires ruraux, en rendant obligatoire la certification.

Je pense en tout cas qu'il ne faut pas trancher la question par la loi : laissons du temps à la concertation, qui a précisément pour objectif de déterminer qui entrera dans le

champ de la réforme et à quel degré le dispositif pourra être coercitif. Je fais confiance à la concertation, c'est pourquoi j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. Madame la ministre, je vous ai déjà contrariée à propos de l'article 2, je ne vous contredirai pas sur l'article 3... (*Sourires.*) Je retire donc l'amendement. Avec vous, faisons confiance à la grande sagesse des professionnels de santé!

Mme la présidente. L'amendement n° 555 est retiré.

L'amendement n° 397 rectifié, présenté par M. Piednoir, Mmes Deroche et Bruguière, M. Bonne, Mme Estrosi Sassone, M. Meurant, Mmes Delmont-Koropoulos et L. Darcos, MM. Savin, Perrin et Raison, Mme Deromedi, MM. Lefèvre et Mandelli, Mme Lamure et MM. Laménie, Revet, Bonhomme, Karoutchi et Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Après le mot :

organismes

insérer les mots :

, notamment universitaires,

La parole est à M. Stéphane Piednoir.

M. Stéphane Piednoir. Le projet de loi prévoit une vérification à échéance régulière de l'état des connaissances et des compétences des professionnels de santé. Dans cette perspective, l'article 3 prévoit que le Parlement autorise le Gouvernement à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'exercice de la profession de médecin.

Le présent amendement a pour objet d'intégrer les universités dans la procédure de certification des professionnels de santé en ce qui concerne le contrôle du niveau des connaissances. Il paraît assez légitime et naturel, pour transmettre aux futurs médecins certifiés toutes les connaissances nouvelles et actualisées, et ainsi répondre aux enjeux de santé publique, d'associer les universités.

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

M. Alain Milon, rapporteur. D'après ce que j'ai compris, les acteurs qui mettront en œuvre la certification pourraient être notamment la Haute Autorité de santé, les ordres et les conseils nationaux professionnels, ainsi que l'Agence nationale de développement professionnel continu. Qu'il s'agisse en majorité d'acteurs professionnels semblait convenir aux personnes que j'ai auditionnées.

Par ailleurs, je ne pense pas qu'il soit pertinent de faire référence à une certaine catégorie d'acteurs dans le cadre d'une habilitation ; on risque en effet d'oublier tous les autres.

La commission a donc décidé de demander au Gouvernement des précisions sur ce point.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. La mise en œuvre de la procédure de certification nécessite encore un certain nombre d'arbitrages structurants, qui découleront de la concertation en cours. Identifier dans l'habilitation les organismes susceptibles de jouer un rôle au titre de leurs compétences propres dans la procédure de certification me

paraîtrait donc prématuré. On risquerait d'identifier d'ores et déjà certains acteurs au détriment d'autres et de leur attribuer un rôle précis, alors que les arbitrages ne sont pas rendus.

C'est précisément pour permettre à la concertation d'approfondir ces questions que nous avons choisi de procéder par ordonnance. La démarche de préparation des arbitrages et de rédaction de l'ordonnance et des textes réglementaires qui donneront corps à la procédure de recertification s'engagera d'ici à la fin du mois, avec toutes les parties prenantes. Laissons-les travailler, sans inscrire dans la loi plus que le nécessaire. Je suis donc défavorable à l'amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Stéphane Piednoir, pour explication de vote.

M. Stéphane Piednoir. C'est le problème du recours aux ordonnances, coutume désormais bien installée : on signe des chèques en blanc. Je fais confiance au Gouvernement pour ne pas oublier, dans l'écriture de l'ordonnance, que les instances universitaires doivent jouer un rôle dans la certification des compétences et des connaissances. Cela étant dit, je retire l'amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 397 rectifié est retiré.

L'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, est ainsi libellé :

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.

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Cet amendement concerne la formation des médecins qui exercent dans les maisons de santé recevant des subventions de l'ARS. Il s'agit de former plus de formateurs, pour permettre l'accueil de stagiaires dans ces établissements de proximité dans les zones sous-denses.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement est irrecevable au titre de l'article 38 de la Constitution, l'extension par voie parlementaire d'une habilitation à légiférer par ordonnance étant interdite. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 522 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 3, modifié.

(*L'article 3 est adopté.*)

Article additionnel après l'article 3

Mme la présidente. L'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, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Je tiens à préciser que cet amendement nous a été suggéré par l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, l'Uniojss, sur le fondement d'observations de terrain réalisées par cet organisme au gré de ses multiples activités de soutien et d'aide aux personnes en situation de grande précarité.

Il s'agit d'inscrire dans la loi que la formation des professionnels de santé inclut un enseignement sur les dispositifs de couverture de santé, ainsi que sur la prise en charge des personnes en situation de précarité et des familles monoparentales.

J'ai compris qu'il ne fallait pas préciser dans la loi le contenu des formations, mais cet amendement relève de ce qui semble être une des priorités du Gouvernement : l'accès des personnes les plus fragiles à leurs droits. Les personnels de santé sont en situation d'aider les patients en grande précarité à mieux faire valoir leurs droits. Quand on pratique la médecine, il n'est pas inutile de connaître les systèmes de protection sociale, de soins et d'accès aux droits – bref, la législation sociale et l'environnement de l'exercice médical.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 616 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 3 bis A

① L'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° (*Supprimé*)

③ 2° (*Non modifié*) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

④ « 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 la présidente. L'amendement n° 460, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. La loi prévoit que les professionnels de santé du secteur médico-social reçoivent au cours de leur formation initiale et continue une formation spécifique sur le handicap. Le code de la santé publique rend cette disposition applicable à Wallis-et-Futuna. L'article 3 bis A du projet de loi précise qu'un décret en fixera les modalités d'application pour chacune des formations initiales et continues. Le Gouvernement souhaite que cette modification s'applique également à Wallis-et-Futuna. Il s'agit d'un amendement technique.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 460.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 3 bis A, modifié.

(*L'article 3 bis A est adopté.*)

Articles additionnels après l'article 3 bis A

Mme la présidente. L'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, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à Mme Martine Filleul.

Mme Martine Filleul. Toutes les études menées sur le sujet convergent : 20 % des femmes qui consultent un médecin généraliste ont subi des violences sexuelles et n'en ont jamais parlé auparavant. Ces violences ont des conséquences graves sur la santé des femmes, et la libération de leur parole permettrait sans doute de diagnostiquer et de traiter des pathologies dont elles peuvent souffrir. Or la détection des violences sexuelles par les professionnels de santé fait défaut, en raison notamment du manque de formation du corps médical à ces questions. Il est urgent, à mon sens, de remédier à cette lacune.

Par ailleurs, des études récentes ont mis en lumière de nombreux cas de violences gynécologiques et obstétricales, d'infantilisation ou de défiance à l'égard de la souffrance des femmes de la part de professionnels de santé. Ces situations ne doivent plus durer. Les femmes doivent pouvoir franchir sereinement le seuil des hôpitaux et des cabinets médicaux.

En outre, en matière de droits sexuels et reproductifs, certains professionnels de santé peuvent se montrer insuffisamment formés à la pratique des actes et à l'accueil des femmes pour des cas d'IVG ou de suivi des contraceptifs, ce qui peut mener à des situations compliquées et douloureuses pour les femmes.

C'est pourquoi nous proposons que la formation continue et l'entretien des compétences et des connaissances des médecins intègrent l'ensemble de ces problématiques.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit là encore d'un amendement relatif au contenu de la formation des médecins. Je le répète, ce n'est pas à la loi de déterminer le contenu des études médicales. Aussi importante que soit cette thématique, si on la mentionne dans la loi, on risque d'en oublier d'autres qui méritent également de faire l'objet d'un enseignement. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 169 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'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 Prévile, MM. Requier et Roux, Mme Tetuanui et M. Vogel, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à M. Joël Labbé.

M. Joël Labbé. Cet amendement est inspiré lui aussi par les recommandations du rapport de la mission sénatoriale d'information sur le développement de l'herboristerie et des plantes médicinales. Ce rapport met en avant l'intérêt de la médecine par les plantes, en complément, bien sûr, de la médecine conventionnelle. Il ne s'agit pas d'opposer l'une à l'autre, mais de jouer sur les complémentarités.

Pour la prévention et le maintien en bon état de santé comme pour le soin ou l'accompagnement de traitements conventionnels, les plantes médicinales présentent un véritable potentiel, révélé par le rapport. 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.

En particulier, le recours aux plantes est une réelle opportunité pour réduire la consommation d'antibiotiques, particulièrement élevée en France, ce qui pose problème à l'heure où les antibiorésistances sont une menace majeure.

Le rapport sénatorial souligne que, malgré l'intérêt des plantes pour la santé, les professionnels de santé ne sont que faiblement formés à l'usage des plantes médicinales, ce qui est regrettable.

Cet amendement s'appuie également sur la stratégie de l'OMS pour la médecine complémentaire, qui établit que, eu égard à l'augmentation de la demande pour ces médecines alternatives, notamment pour les plantes médicinales, il est nécessaire d'assurer une sensibilisation et une information sur ces soins et de mieux intégrer ceux-ci, pour garantir la protection du patient, son information éclairée et sa liberté de choix. L'enjeu est particulièrement important dans les outre-mer, où l'usage des plantes et le recours aux médecines traditionnelles sont très répandus.

Afin de garantir un meilleur accès à l'information des patients et une réponse à leur demande de soins à base de plantes, les auteurs de l'amendement proposent de prévoir dans la loi la formation des professionnels de santé et du secteur médico-social à la santé par les plantes. Eu égard à la faible intégration des plantes dans notre système de soins, inscrire cette formation dans la loi paraît essentiel pour envoyer un signal fort !

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis défavorable, pour les raisons déjà exposées à propos des différents amendements visant à préciser le contenu des études médicales.

Monsieur Labbé, j'étais membre de votre mission d'information. Lorsque vous avez présenté votre rapport, j'ai dit ce que j'en pensais, et je confirme que je ne l'ai pas voté...

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 673 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 3 bis B
(*Non modifié*)

Le cinquième alinéa de l'article L. 4311-15 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette liste mentionne, le cas échéant, les titres de spécialités ou de pratiques avancées détenus par les professionnels. » – (*Adopté.*)

Article 3 bis

- ① Le 10° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le mot : « initiale », sont insérés les mots : « et continue » ;
- ③ 2° Le mot : « ultérieur » est supprimé.

Mme la présidente. L'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 Nicolaj, 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, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à M. Joël Labbé.

M. Joël Labbé. J'ai entendu M. le rapporteur, mais je suis tenace, et le resterai...

Cet amendement vise à intégrer la médecine par les plantes dans les orientations de la politique de santé. La faible place des plantes dans notre système de santé est, je le répète, très regrettable, parce que nous nous privons de thérapies efficaces, mais aussi parce que les professionnels de santé ne peuvent pas, dans bien des cas, prendre en compte les potentielles interactions médicamenteuses.

Dans les maisons de retraite ou les hôpitaux, les professionnels qui souhaitent mettre en place des protocoles utilisant les plantes rencontrent des difficultés, alors même que certains produits végétaux sont plus efficaces que les thérapies conventionnelles ou en sont complémentaires. Ces protocoles permettent de surcroît des économies substantielles. Ils représentent aussi un moyen de développer une économie locale et durable liée aux plantes médicinales et à leur transformation, bénéfique à la fois pour les territoires, notamment ruraux, la santé de nos concitoyens et la biodiversité.

J'insiste encore sur l'importance de l'enjeu, en termes de santé et de développement économique local, pour les outre-mer, fortement dépendants d'importations de médicaments alors que la biodiversité végétale y est très importante – ils accueillent 80 % de notre biodiversité végétale.

L'inscription de la médecine par les plantes dans les objectifs de la politique de santé serait un signal fort pour remédier à sa faible prise en compte en France. Songez que, au niveau européen, nous sommes les derniers de la classe... Tous nos voisins sont beaucoup plus avancés !

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

M. Alain Milon, rapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Pierre Monier, pour explication de vote.

Mme Marie-Pierre Monier. J'appuie le propos de M. Labbé. J'ai moi aussi été membre de la mission d'information sur le développement de l'herboristerie. Pendant six mois, nous avons mené des travaux passionnants, nourris par de très nombreuses auditions et deux déplacements. Peut-être n'avez-vous pas voté le rapport, monsieur le rapporteur, mais il a en tout cas été adopté à une très large majorité.

Il y a une réalité : la population en général a aujourd'hui envie de se soigner et de rechercher un bien-être par les plantes. Or 70 % des plantes utilisées en France sont importées, faute de production locale. Comme M. Labbé l'a souligné, nous sommes les derniers de la classe européenne : les consommateurs achètent à l'étranger *via* internet, sans conseil.

Notre rapport d'information recommandait l'inscription des soins par les plantes dans la formation des médecins, qui pourraient ainsi avoir un avis éclairé sur la question et conseiller les patients. Au reste, tout le sens de notre travail était de ne pas opposer les médecins et les pharmaciens aux herboristes, mais de promouvoir les complémentarités.

N'oublions pas que les herboristes ont existé dans le passé ; c'est Pétaïn, en 1941, qui a interdit cette formation. Nous avons une tradition culturelle des plantes, du vivant et de leurs usages pour la santé. Il serait dommage de nous en priver. (*M. Jean-Claude Requier opine.*)

Enfin, ces filières ont un intérêt économique pour des territoires ruraux ou hyper-ruraux. La transformation des plantes permet à de petites exploitations, souvent conduites par des femmes, de vivre. Je vous invite, mes chers collègues, à voter cet amendement !

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Labbé, pour explication de vote.

M. Joël Labbé. Je confirme qu'il ne s'agit surtout pas d'opposer deux pratiques, mais de prendre en compte une réalité incontournable : il existe, de fait, un marché et une économie, parfois parallèles, *via* internet, qu'il convient d'encadrer. Il faut aussi que l'usage thérapeutique des plantes soit intégré à la formation de nos professionnels de santé, pour pouvoir jouer les complémentarités. Des médecins non formés aux plantes médicinales ne peuvent pas conseiller les patients, notamment en matière d'interactions médicamenteuses.

Monsieur le rapporteur, j'aime la précision : au moment du vote sur le rapport, vous n'étiez plus là et vous n'aviez pas donné de pouvoir. Le rapport a été voté à l'unanimité des présents. Je tenais à rappeler cette vérité historique !

Mme la présidente. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

Mme Corinne Imbert. Je ne voterai pas cet amendement.

Il est vrai qu'un rapport a été adopté à l'issue des travaux de la mission d'information, qui se sont déroulés dans un bon état d'esprit. Toutefois, sur la formation et le diplôme d'herboristerie, il n'y a pas eu l'accord que souhaitaient certains membres de ma mission.

Comme Mme la ministre l'a indiqué précédemment, et ainsi que l'a rappelé notre collègue Michel Amiel, des formations enseignées en faculté de pharmacie sont ouvertes aux médecins diplômés. Il y a évidemment des interactions, mais les professionnels de santé ont dès aujourd'hui la possibilité de se former sur ces sujets.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Permettez-moi de revenir de nouveau sur les propos de M. Labbé. Il est vrai que j'ai assisté au début de la présentation du rapport et que je me suis absenté ensuite pour participer à une autre réunion, mais j'ai voté – j'avais donné mon pouvoir à M. Dériot, qui a voté pour moi.

Notre collègue sénatrice de la Drôme a fait une comparaison intéressante : elle a parlé de « bien-être ». Cela ne pose pas de problème si l'on parle de bien-être, mais il en va différemment pour les soins. Le bien-être, pourquoi pas ? Mais les soins, c'est autre chose !

Permettez-moi de faire une petite comparaison méchante, et je présente mes excuses à tous ceux qui pourraient s'en offusquer : nous sommes les derniers en Europe pour la médecine par les plantes, mais les premiers pour l'espérance de vie... Y aurait-il un lien ? (*Exclamations sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 674 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 3 bis.

(*L'article 3 bis est adopté.*)

Chapitre II

FACILITER LES DÉBUTS DE CARRIÈRE ET RÉPONDRE AUX ENJEUX DES TERRITOIRES

Article 4

- ① I. – L'article L. 632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Après le mot : « étudiants », sont insérés les mots : « de deuxième et troisième cycles des études de médecine ou d'odontologie et, de façon distincte, de praticiens à diplôme étranger hors Union européenne autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou en odontologie soit dans le cadre du IV de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, soit au titre de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique » ;
- ④ b) Les mots : « , admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, » sont supprimés ;
- ⑤ 2° Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ⑥ « Les candidatures à la signature d'un contrat d'engagement de service public sont classées dans la limite du nombre fixé au premier alinéa du présent article, selon des modalités fixées par voie réglementaire. » ;
- ⑦ 3° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ⑧ a) À la première phrase, les mots : « étudiants et internes » sont remplacés par le mot : « signataires » ;
- ⑨ b) La même première phrase est complétée par les mots : « ou odontologiques ou de leur parcours de consolidation des compétences » ;
- ⑩ c) À la deuxième phrase, le mot : « étudiants » est remplacé par le mot : « signataires » ;
- ⑪ d) À la même deuxième phrase, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième » ;
- ⑫ 4° Le troisième alinéa est ainsi modifié :
- ⑬ a) Au début, les mots : « À l'issue des épreuves mentionnées à l'article L. 632-2 du présent code, » sont supprimés ;
- ⑭ b) Après le mot : « public, », sont insérés les mots : « et réunissant les conditions pour accéder au troisième cycle » ;
- ⑮ c) Les mots : « un poste d'interne » sont remplacés par les mots : « , au regard des critères mentionnés au 4° du II du même article L. 632-2, un poste » ;
- ⑯ 5° La première phrase du quatrième alinéa est ainsi modifiée :
- ⑰ a) Au début, les mots : « Au cours de la dernière année de leurs études, » sont supprimés ;
- ⑱ b) Les mots : « internes ayant signé » sont remplacés par les mots : « signataires d' » ;
- ⑲ 6° Après le même quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑳ « Afin de ne pas remettre en cause la réalisation des projets professionnels des signataires, précisés et consolidés au cours de leur formation, ou de leur parcours de consolidation des compétences, le Centre national de gestion peut maintenir sur la liste des lieux d'exercice des lieux qui remplissaient les conditions relatives à l'offre et à l'accès aux soins fixées au cinquième alinéa du présent article, dans les deux ans précédant la publication de la liste. » ;
- ㉑ 7° Le cinquième alinéa est supprimé ;
- ㉒ 8° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :
- ㉓ a) À la première phrase, les mots : « médecins ou les étudiants ayant signé » sont remplacés par les mots : « signataires d' » ;
- ㉔ b) À la même première phrase, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ㉕ c) À la fin de la même première phrase, les mots : « dont le montant dégressif égale au plus les sommes perçues au titre de ce contrat ainsi qu'une pénalité » sont remplacés par les mots : « ainsi que d'une pénalité dont les modalités sont fixées par voie réglementaire » ;
- ㉖ d) Les deux dernières phrases sont supprimées.
- ㉗ II. – (*Non modifié*) L'article L. 634-2 du code de l'éducation est abrogé.

28 II bis. – (*Non modifié*) Au troisième alinéa du II de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale, les références : « , L. 632-7 et L. 634-2 » sont remplacées par la référence : « et L. 632-7 ».

29 III. – Le 4^o du I est applicable aux étudiants accédant à la première année du deuxième cycle des études de médecine ou d'odontologie à compter de la rentrée universitaire 2020 et, pour les praticiens à diplôme étranger hors Union européenne autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine ou en odontologie soit dans le cadre du IV de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, soit au titre de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique, à compter du 1^{er} janvier 2020.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Cet article a le mérite de mettre en lumière le contrat d'engagement de service public, le CESP, dispositif qui existe depuis dix ans avec la loi HPST, mais qui est insuffisamment connu, comme l'ont indiqué les organisations étudiantes que nous avons rencontrées.

Ainsi, en dix ans, seuls 2 800 contrats ont été signés par des étudiants et des internes en médecine, avec une montée en charge progressive, puisque ce sont plus de 550 contrats qui ont été conclus en 2017-2018. Pourtant, cet outil incitatif à l'installation de jeunes praticiens en zones sous-dotées aurait dû constituer une réponse plus efficace au problème des déserts médicaux.

Madame la ministre, avez-vous des éléments d'évaluation et de compréhension qui pourraient expliquer les raisons du peu d'attractivité de ce dispositif ?

D'après l'audition des syndicats de jeunes médecins que nous avons menée, cette situation ne serait pas tant due au montant de l'allocation reçue – 1 200 euros bruts – qu'à la situation de ces territoires, victimes des politiques nationales successives, qui ont fermé les services publics les uns après autres : écoles, bureaux de poste, gares, sans parler du manque de commerces et d'attractivité culturelle, ni de l'absence d'emploi pour le compagnon ou la compagne.

Mes chers collègues, j'attire votre attention sur les conséquences concrètes des lois que nous votons ici, ou, pour le coup, que le groupe CRCE ne vote pas. Comment ignorer que la réduction des dépenses publiques a un impact dans nos territoires ? D'où la situation que nous connaissons aujourd'hui : de jeunes médecins hésitent, assez légitimement, à s'installer dans des endroits où il ne reste plus grand-chose. Et dire que le Gouvernement prévoit encore la suppression de 120 000 fonctionnaires... C'est très alarmant et cela devrait nous faire réfléchir.

Rendre le contrat d'engagement de service public plus contraignant, en supprimant la possibilité pour les signataires de modifier leur lieu d'exercice ou en introduisant un classement des candidatures, nous paraît contre-productif. En revanche, nous approuvons le fait que le CESP soit élargi aux Padhue, les praticiens à diplôme hors Union européenne.

Enfin, madame la ministre, pourquoi ne pas réfléchir à des aides pour trouver un logement, des aides pour les transports, etc., autant de petits plus suggérés par les jeunes médecins que nous avons rencontrés en vue d'améliorer réellement ce dispositif ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Michelle Gréaume, sur l'article.

Mme Michelle Gréaume. Parmi les différentes dispositions prévues par cet article figure l'ouverture des contrats d'engagement de service public, les CESP, aux praticiens à diplôme hors Union européenne.

Tout ce qui va dans le sens d'une meilleure répartition des praticiens sur le territoire mérite d'être soutenu. Néanmoins, cela apparaît nettement insuffisant au regard des besoins, ce qui traduit la légèreté avec laquelle ce projet de loi traite l'enjeu des déserts médicaux.

Le principe du CESP est simple : il s'agit d'un contrat par lequel les étudiants en médecine s'engagent à s'établir dans une zone dans laquelle la continuité des soins est menacée ou à choisir une spécialité moins représentée, en contrepartie d'une allocation mensuelle de 1 200 euros versée durant leurs études. Ils devront s'installer pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation, et pour deux ans minimum.

Aussi attractif qu'il puisse paraître, ce dispositif ne suffit pas. Seuls 8 % des étudiants de seconde année ont signé un contrat pour 2016-2017, soit 486 étudiants. Nous touchons là du doigt les limites, pour ne pas dire plus, des dispositifs incitatifs.

Il est urgent de mettre en place des mesures claires, plus volontaristes, de régulation à l'installation des médecins ; je pense, par exemple, au conventionnement sélectif en fonction du niveau de dotation des territoires en professionnels de santé. Finalement, cet article à lui seul ne peut pallier l'accélération de la fracture territoriale et sociale en matière d'accès aux soins.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, sur l'article.

M. Bernard Jomier. Voilà un dispositif intéressant, qui poursuit sa montée en charge et commence à produire ses effets.

Son principe est simple : en contrepartie d'une allocation mensuelle, les étudiants s'engagent à s'installer à l'issue de leur formation en zone sous-dense. Depuis sa mise en place en 2010, à la suite de l'adoption de la loi HPST, ce sont plus de 2 800 contrats d'engagement de service public qui ont été signés, dont 550 pour l'année 2017-2018, traduisant une nette progression.

Si un tel dispositif doit bien évidemment être développé – l'extension aux praticiens à diplôme hors Union européenne qui est prévue dans ce projet de loi est une bonne mesure –, il est nécessaire d'en améliorer encore le fonctionnement.

Ainsi, bon nombre d'internes signataires d'un CESP déplorent un manque d'accompagnement tout au long de leur parcours, un retard parfois dans le versement de leur allocation, ou encore des évolutions du zonage qui est défini par l'ARS, l'agence régionale de santé, après la signature, ce qui peut perturber leur projet professionnel.

À cet égard, le délai de deux ans prévu par la loi pour conserver sur la liste des lieux d'exercice proposés à la signature du CESP ne paraît pas suffisant pour permettre aux étudiants d'envisager sereinement leur projet professionnel.

Au-delà des nécessaires perfectionnements du dispositif, je veux le souligner encore une fois, c'est tout le panel des outils destinés à mettre fin aux déserts médicaux qu'il convient

d'étendre. Nous en avons parlé, nous ne pouvons pas faire l'économie d'une politique plus volontariste en la matière : il faut redonner à ces territoires l'attractivité qu'ils méritent.

Mme la présidente. La parole est à Mme Colette Mélot, sur l'article.

Mme Colette Mélot. Cet article vise à consolider le contrat d'engagement de service public, le CESP, mis en place par la loi HPST de 2009 afin de favoriser l'installation des jeunes médecins et dentistes dans les déserts médicaux, en contrepartie d'une allocation mensuelle versée lors de leurs études.

Notre groupe y est bien sûr favorable, et nous défendons un amendement visant à sécuriser le dispositif en alignant la durée du bénéfice du zonage des zones sous-denses sur celles de l'internat de médecine générale.

Mme la présidente. La parole est à M. Hervé Maurey, sur l'article.

M. Hervé Maurey. Avec cet article 4, nous attaquons, si je puis dire, le chapitre II, intitulé « Faciliter les débuts de carrière et répondre aux enjeux des territoires ».

Or répondre aux enjeux des territoires, c'est, me semble-t-il, essentiel pour la chambre qui représente ces derniers. Force est de constater que, depuis dix ans, nous voyons se succéder des projets de loi. Le texte de 2009 de Mme Bachelot promettait de régler la question en dix ans. Puis, est venu le projet de loi de Mme Touraine. Aujourd'hui, Mme Buzyn est devant nous, et demain, sans doute, les ministres qui lui succéderont viendront également dans cet hémicycle.

Tous les dispositifs que l'on nous propose depuis dix ans ont un point commun : ils reposent uniquement sur des dispositifs incitatifs. Mais, nous le constatons, ils ne sont pas suffisants, puisque, au fil des années, les inégalités territoriales s'accroissent, avec des densités médicales extrêmement différentes : de 1 à 3 pour les généralistes, de 1 à 8 pour les spécialistes, de 1 à 24 pour certaines spécialités – je pense notamment aux pédiatres.

En outre, l'accès aux soins, qui est de plus en plus problématique, coûte très cher. La Cour des comptes considère que la différenciation d'accès aux soins selon les territoires représente un coût compris entre 1 et 3 milliards d'euros par an, et le comité Action publique 2022, mis en place par le Gouvernement lui-même, estime que l'on pourrait économiser 5 milliards d'euros avec une politique différente.

Certains des amendements qui vont être présentés au cours des prochaines heures ont pour objet de sortir de cette logique purement incitative, afin de répondre d'ailleurs à ce que demandent les Français. Je ne puis l'évoquer maintenant par manque de temps, mais toute une série de sondages montre que les Françaises et les Français, comme les associations d'élus, demandent des mesures plus fortes.

Aussi, je me réjouis que nous puissions, au cours de la séance, examiner des amendements allant en ce sens. C'est tout à l'honneur du Sénat que de se pencher sur le volet territorial de ce texte, plus que ne l'a fait, notamment, l'Assemblée nationale.

Nous avons déjà amélioré le texte hier soir en adoptant un amendement visant à rendre obligatoires les stages en troisième cycle. Ce soir, il faut que nous allions plus loin.

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 384, présenté par Mme Prévile, est ainsi libellé :

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.

La parole est à Mme Angèle Prévile.

Mme Angèle Prévile. Le contrat d'engagement de 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 l'un des leviers pour faire en sorte que, partout sur le territoire, des médecins se déploient, justement parce qu'ils sont issus de territoires situés en zone sous-dense et de milieux défavorisés. Connaissant ces territoires, ils y reviendront naturellement, dirais-je, s'agissant, par exemple, des territoires ruraux et des zones périurbaines.

C'est à la fois une mesure de justice sociale et un devoir d'égalité pour les enfants de la République. Le principe d'égalité figurant dans notre devise doit s'exprimer dans les faits.

Par ailleurs, il paraît logique que ces aides soient en quelque sorte réservées à celles et ceux qui en ont le plus besoin, une logique vertueuse à tous points de vue, car l'ascenseur social, nous le savons, est actuellement en panne en France.

Nous devons remédier à cette situation et faire la publicité la plus large possible à ce dispositif au cas où les candidats manqueraient. Il est sain que davantage d'étudiants issus des milieux ouvriers ou de l'agriculture puissent devenir médecins à leur tour, comme autrefois, car ce n'est plus le cas aujourd'hui. C'est peut-être là l'une des raisons de notre défaite sur ce sujet.

Il y va de la fierté de la République, dont nous devons faire en sorte que tous les enfants trouvent des portes ouvertes.

Mme la présidente. L'amendement n° 385, présenté par Mme Prévile, est ainsi libellé :

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.

La parole est à Mme Angèle Prévile.

Mme Angèle Prévile. Il s'agit d'un amendement de repli.

L'amendement n° 384 a pour objet que le nombre de places réservées pour signer un CESP compte 50 % d'étudiants boursiers, contre 30 % aux termes de l'amendement n° 385.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Le contrat d'engagement de service public est encore en phase de montée en charge, comme cela a été souligné. Pour 2017, tous les CESP offerts n'ont pas trouvé preneur, et 85 % d'entre eux seulement ont été signés, soit 550 contrats.

Dans ce contexte, ajouter une condition pour le bénéficiaire du CESP pourrait entraver le déploiement de cet outil, que nous devrions au contraire encourager. Nous pourrions, je pense, et je l'espère, en reparler si, un jour, il y avait plus de demandes que de contrats offerts.

En conséquence, la commission a émis un avis défavorable sur les deux amendements.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avant de donner spécifiquement l'avis du Gouvernement sur les amendements de Mme Prévaille, permettez-moi de dire que ce dispositif est en train de monter en charge, avec des installations dans les territoires.

Ainsi, en 2017, quelque 321 médecins se sont installés dans des zones sous-denses. Sachant qu'il est assez récent, qu'il a mis du temps à être connu et qu'il faut dix ans pour former un médecin, à l'évidence, ce dispositif fonctionne.

Ce n'est pas le seul dispositif incitatif. À cet égard, je suis tout à fait en phase avec les propos de M. Maurey : les dispositifs incitatifs financiers ne sont pas suffisants. En réalité, il faut rendre l'exercice attractif, ce qui va bien au-delà des dispositifs financiers.

En l'espèce, j'ai confié une mission à Mme Sophie Augros, médecin généraliste, dont le rapport est prévu pour cet été, afin d'évaluer l'impact des dispositifs incitatifs financiers mis en place depuis plusieurs années, en vue de connaître ceux qu'il faut privilégier, ou, peut-être, supprimer. En tout cas, nous croyons dans le contrat d'engagement de service public. Il convient de valoriser cette bonne mesure.

Monsieur Jomier, vous avez dit qu'il importe de mieux accompagner les jeunes. On constate effectivement un défaut d'information et d'accompagnement. Aussi, nous souhaitons que ce volet soit aujourd'hui valorisé dans les facultés de médecine. D'ailleurs, les doyens rendent ce dispositif de plus en plus visible, afin que les jeunes s'en saisissent.

Concernant le zonage, l'examen de certains amendements nous permettra de revenir sur cette question dans quelques minutes. En réalité, je souhaite que nous élargissions ce dispositif – c'est ce qui vous est proposé dans cet article –, pour permettre à un plus grand nombre de jeunes encore de s'y engager, en assouplissant peut-être les conditions.

S'agissant des amendements de Mme Prévaille, je rejoins les propos de M. le rapporteur. Mon objectif est de faire en sorte que 100 % des contrats d'engagement de service public soient signés. Or, plus les mesures seront restrictives, plus grand sera le risque qu'il y ait moins de contrats signés.

Aujourd'hui, l'objet principal du CESP est l'installation en zones sous-denses. Ne soyons pas donc restrictifs. S'il y a, un jour, plus de demandes que d'offres, il sera toujours temps d'envisager des critères restrictifs.

En conséquence, l'avis du Gouvernement est défavorable sur les deux amendements.

Mme la présidente. La parole est à Mme Angèle Prévaille, pour explication de vote.

Mme Angèle Prévaille. Par mes amendements, je voulais en appeler à votre vigilance : il faut faire une grande publicité à ce dispositif, afin de faire changer les choses dans notre pays. Il importe que davantage d'enfants issus des milieux défavorisés puissent devenir médecins.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Évidemment, vous avez raison ! Nous souhaitons une mixité sociale dans les études de médecine, et c'est la raison pour laquelle nous avons modifié l'entrée dans ces études : la Paces, la première année commune aux études de santé, est une autocensure des jeunes, car des familles ne peuvent pas payer des études dans une ville universitaire pendant deux ans, avec un risque d'échec majeur.

Cette diversification des profils dans l'entrée des études de médecine vise aussi à accroître la mixité sociale – c'est ce que nous avons défendu à l'article 1^{er}.

Nous visons donc le même objectif, mais il ne me semble pas logique de l'inscrire dans cet article.

Mme Angèle Prévaille. Je retire mes deux amendements, madame la présidente !

Mme la présidente. Les amendements n^{os} 384 et 385 sont retirés.

L'amendement n^o 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 Bruguère, 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 Nicolaj, Bouloux et Pointereau, est ainsi libellé :

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. » ;

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. Les contrats d'engagement de service public ont pour objet d'inciter les futurs médecins à s'installer dans des zones en sous-densité médicale. La liste actuelle des lieux concernés proposée par le Centre national de gestion, sur suggestion des agences régionales de santé, les 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.

L'objet de cet amendement est d'ouvrir le bénéfice de l'exercice médical des praticiens signataires d'un contrat d'engagement de service public aux établissements sociaux et médico-sociaux, quel que soit leur lieu d'implantation et non aux seuls établissements situés en zone sous-dotée.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Monsieur Mouiller, je me demande si cette précision est nécessaire.

En premier lieu, j'observe que la phrase à laquelle vous rattachez votre amendement fait référence à la localisation géographique des lieux d'exercice, et non aux structures de soins auxquelles ils seraient rattachés.

En second lieu, rien dans la rédaction de l'article L. 632-6 du code de l'éducation n'empêcherait que ces lieux d'exercice soient situés en établissement médico-social. Il n'est donc pas utile de le préciser dans la loi, à moins de mentionner également qu'ils peuvent être situés en établissements de santé, mais nous rencontrerions alors le problème inhérent à toute énumération législative : le risque d'oubli, avec les conséquences contre-productives qui pourraient en découler.

Je vous propose donc de maintenir la rédaction actuelle de l'article 4, puisqu'elle est de nature à satisfaire votre préoccupation. Mme la ministre pourra certainement préciser les raisons pour lesquelles les lieux d'exercice sont principalement situés dans des centres hospitaliers.

Faute d'un retrait, la commission serait obligée d'émettre un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le sénateur Mouiller, votre amendement est en réalité satisfait.

L'objet du CESP est de permettre à des médecins de s'installer dans un territoire caractérisé par une offre de soins insuffisante, quel que soit le mode d'exercice, qu'il soit libéral, hospitalier ou intervenant dans le secteur médico-social, tel que défini par le code de l'action sociale et des familles. Cette mesure est en réalité déjà prévue.

C'est pourquoi je suggère le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis du Gouvernement serait défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Mouiller, l'amendement n° 76 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Philippe Mouiller. Je vais le retirer, au regard des arguments avancés. Toutefois, je tiens à préciser deux choses.

Premièrement, il s'agissait de permettre une installation dans une zone qui ne soit pas forcément sous-dotée, la situation des structures médico-sociales étant différente.

Deuxièmement, au travers de cet amendement, nous souhaitons lancer un appel en raison de la pénurie – vous m'objecterez que la pénurie des médecins est généralisée – dans le domaine du handicap, que je connais le mieux, où les diagnostics sont essentiels. Le Gouvernement doit porter une politique d'évolution en la matière, ce que vous appelez de vos vœux, madame la ministre. Il importe de coordonner et de veiller à ce que les structures soient dotées des compétences nécessaires, faute de quoi votre vœu restera pieux.

Je retire donc cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 76 rectifié *bis* est retiré.

Je suis saisie de cinq amendements identiques.

L'amendement n° 420 est présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

L'amendement n° 683 est présenté par MM. J. Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllegatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévillé et Tocqueville, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certain et Jasmin, M. Kanner, Mmes Rossignol, Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mme Harribey, M. Lurel, Mme Blondin, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mmes Ghali et G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et

Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 32 rectifié *bis* est 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.

L'amendement n° 298 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

L'amendement n° 540 rectifié *quater* est 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.

Ces amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 20

Remplacer le mot :

deux

par le mot :

trois

La parole est à M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 420.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Les contrats d'engagement de service public sont un outil incitatif visant à encourager les jeunes médecins à s'installer en zones sous-denses au début de leur carrière.

Les associations étudiantes que j'ai rencontrées m'ont toutefois fait part des insuffisances de ce dispositif. Il est en effet possible qu'un étudiant ayant signé un CESP au cours de sa formation ne bénéficie plus de la même liste de lieux d'exercice à l'issue de son cursus si le zonage évolue entre-temps.

En 2017, dans leur rapport d'information publié au nom de la commission des affaires sociales, nos collègues Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny soulignaient que, en l'état actuel, les incertitudes autour du CESP étaient de nature à susciter des réticences.

Or le CESP constitue un levier efficace, qu'il convient de mobiliser davantage au profit des territoires en difficulté. Pour preuve, 90 % des signataires se sont installés en activité libérale, et une grande majorité des CESP signés concernent des médecins généralistes.

Cet amendement vise à répondre à une demande pragmatique formulée par les internes de médecine générale avec qui j'ai eu l'occasion d'échanger ; son adoption permettra aux signataires de se projeter dans un territoire, d'y construire leur projet personnel, sans s'inquiéter de l'évolution du zonage. En pratique, il tend à rendre le dispositif plus

efficace en alignant la durée du bénéfice du CESP en cas d'évolution du zonage sur la durée de l'internat de médecine générale, c'est-à-dire trois années.

Il a donc pour objet de conforter les objectifs poursuivis à l'article 4, car il vise à sécuriser davantage les CESP. Une telle mesure contribuera sans nul doute à la montée en puissance souhaitable de ce contrat. Pour rappel, quelque 3 125 contrats ont été signés depuis 2010, et 500 signataires se sont déjà installés.

Mes chers collègues, il s'agit là d'un élément déterminant, d'un élément clé de l'installation de nos jeunes médecins, sur lequel nous sommes capables d'agir aujourd'hui.

Mme la présidente. La parole est à M. Joël Bigot, pour présenter l'amendement n° 683.

M. Joël Bigot. Le contrat d'engagement de service public offre une allocation de 1 200 euros par mois aux étudiants et internes en médecine en échange d'un engagement à exercer dans des zones sous-dotées.

Après six ans de mise en place, le dispositif des CESP monte en puissance, avec 521 postes ouverts en médecine pour l'année 2018, et apporte par là même une réponse prometteuse pour lutter contre la désertification médicale.

Malgré ce bilan positif, le dispositif des CESP se heurte à plusieurs freins empêchant un déploiement plus important, notamment au regard des mises à jour régulières des zonages par l'ARS, qui définit les zones où un signataire d'un CESP est éligible pour l'installation.

Ainsi, certaines zones éligibles au moment de la signature ne le sont plus lors de l'installation, ce qui oblige le signataire à repenser en totalité son projet d'installation au dernier moment, voire le conduit, dans certains cas, à une rupture du contrat.

Si le projet de loi prévoit que le Centre national de gestion maintienne sur la liste des lieux d'exercice des lieux qui remplissaient les conditions relatives à l'offre et à l'accès aux soins dans les deux ans précédant la publication de la liste, ce délai ne semble pas suffisant pour se prémunir véritablement des problèmes constatés.

Aussi, nous proposons que cette liste des lieux d'exercice soit maintenue pendant trois ans, au lieu des deux ans prévus dans le texte actuel.

Le CESP est une mesure incitative, car il favorise l'installation des jeunes médecins dans les zones sous-denses. Il répond aux besoins des territoires et contribue à lutter contre la désertification médicale. Notre amendement a pour objet de le consolider.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Bonne, pour présenter l'amendement n° 32 rectifié *bis*.

M. Bernard Bonne. En relisant le texte de cet amendement, je me posais la question de savoir s'il fallait remplacer « deux » par « trois » ou par « trois ou quatre »...

Nous avons discuté hier des mesures d'incitation en faveur des médecins, pour que ces derniers effectuent le dernier stage éventuellement en milieu difficile, voire en zone sous-dense. Si l'internat était prolongé d'une année, il faudrait passer de trois à quatre ans et non pas de deux à trois ans.

Quoi qu'il en soit, cette mesure incitative, qui me paraît extrêmement intéressante, est de nature à produire des effets très positifs sur l'installation des médecins dans ces zones en

difficulté. Le fait d'inciter, et non pas d'obliger les médecins à s'installer dans ces zones pendant une période assez longue leur permet de se familiariser avec la clientèle, de se faire accepter et d'accepter cette clientèle, et les conduit à y demeurer. C'est l'objectif le plus important que nous visons au travers de cet amendement.

Il faut donc que les étudiants qui s'engagent dans ces CESP aient la certitude que le zonage ne changera pas quand ils s'installeront. Pour ce faire, prolongeons-le au moins d'une année, voire de deux si la durée de l'internat est de quatre ans.

Mme la présidente. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour présenter l'amendement n° 298.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Les contrats d'engagement sont un outil pertinent pour conduire des futurs praticiens de santé à se fixer dans des territoires sous-dotés, et ainsi transformer une incitation en projet concret.

Dans sa rédaction actuelle, l'alinéa 20 prévoit de maintenir la classification des zones sous-denses jusqu'à deux ans après leur éventuelle évolution positive.

Toutefois, les étudiants qui s'engagent dans ces contrats le font à l'occasion de leur internat, qui dure trois ans, comme l'ont rappelé plusieurs de mes collègues. Il ressort donc de cette formulation que le CESP peut, dans certains cas, perdre de son intérêt ou, à tout le moins, léser les étudiants en médecine ou en odontologie.

Pour cette raison, nous vous demandons de prolonger d'un an la garantie du maintien des zones sous-denses dans le dispositif, afin d'assurer l'effectivité du contrat d'engagement jusqu'à trois ans. Ainsi, un interne de médecine générale commençant son internat sera certain de la zone dans laquelle il pourra s'installer à la fin de son cursus.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 540 rectifié *quater*.

M. Daniel Chasseing. Le présent amendement vise à augmenter la durée de maintien sur la liste des lieux à trois ans, soit la durée de l'internat, afin d'améliorer la visibilité des futurs médecins.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 4 comporte une disposition visant à sécuriser le choix du futur lieu d'exercice des bénéficiaires d'un CESP. En effet, les zones sous-denses ne sont pas figées : ainsi, il se peut qu'un étudiant élabore son projet professionnel dans un territoire qui n'est plus, au terme de ses études, considéré comme une zone sous-dotée.

Le projet de loi prévoit la possibilité de maintenir sur la liste des lieux d'exercice qui sont proposés aux signataires à l'issue de leurs études des lieux qui y figuraient deux ans auparavant, mais qui ne sont plus considérés comme des zones sous-denses. Cette mesure a pour objet de sécuriser les projets professionnels des étudiants.

Ces amendements identiques tendent à prévoir que le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, le CNG, a la possibilité de conserver sur la liste des lieux d'exercice proposés ceux qui y figuraient trois ans auparavant, et non plus deux. Il s'agirait ainsi de s'aligner sur la durée de l'internat.

Je comprends la philosophie de ces amendements. Pour autant, la commission émet deux réserves.

Tout d'abord, l'article 4 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 au début du troisième cycle, auquel cas les amendements proposés auraient moins de sens.

Ensuite, et surtout, la durée de l'internat n'est pas nécessairement de trois ans pour toutes les spécialités.

Madame la ministre, vous pourrez certainement nous éclairer sur la possible articulation entre le dispositif proposé et la durée actuelle de l'internat. C'est pourquoi nous nous en remettons, en ce qui concerne ces amendements, à l'avis du Gouvernement.

Je profite également de cette discussion pour revenir sur les débats d'hier soir sur l'article 2 et la durée des études de médecine générale.

La directive de 2005, modifiée en 2013, ne prévoit pas de changement de durée pour le diplôme d'études spécialisées – le DES – de médecine générale, qui est et reste fixée à trois ans. Il me semble, en revanche, que l'application aux étudiants en médecine générale du décret du 3 juillet 2018 relatif au statut de « docteur junior » est une question qui peut se poser. Ce décret n'est en effet applicable qu'aux spécialités comprenant une phase de consolidation et supportant, donc, au moins quatre ans de formation.

Or j'observe que la question du passage de trois à quatre ans du DES de médecine générale constitue depuis quelques années un serpent de mer du débat public. Elle a en dernier lieu été abordée dans un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur le troisième cycle des études médicales, qui a été rendu public au début de l'année 2018.

Hier soir, notre discussion sur l'article 2 pouvait laisser penser, madame la ministre, que vous n'envisagiez pas d'évoluer sur ce point. Afin que les choses soient claires pour tous les membres de notre assemblée, pourriez-vous préciser votre avis sur le sujet ?

Je le répète, en ce qui concerne ces amendements identiques, nous nous rangerons à l'avis du Gouvernement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. De vos interventions, mesdames, messieurs les sénateurs, je comprends que la durée de deux ans vous paraît un peu courte pour ne pas mettre en difficulté des étudiants qui auraient choisi une zone sous-dense et à qui l'on interdirait d'exercer dans cette zone, alors qu'ils ont déjà élaboré leur projet professionnel.

En fait, la logique du Gouvernement est d'adosser cette durée à celle de la révision des zonages. Comme vous venez d'adopter en commission un amendement visant à rétablir une révision de ces zonages tous les trois ans, il ne me paraît pas illégitime de fixer à trois ans la durée du bénéfice du zonage pour les étudiants en médecine signant un contrat d'engagement de service public.

Par souci de cohérence et parce qu'ils me paraissent logiques, je suis donc favorable à ces amendements identiques.

Le choix du Gouvernement de retenir une durée de trois ans n'est pas lié à la durée de l'internat de médecine générale, puisque les contrats d'engagement de service public s'adres-

sent à tous les étudiants, quel que soit leur internat. Pour le Gouvernement, j'insiste sur ce point, cette durée doit être alignée sur la durée de révision des zonages.

Désormais, je souhaiterais aborder plus précisément la question de la durée de l'internat de médecine générale et, ainsi, poursuivre le débat qui nous a animés hier soir. Je remercie d'ailleurs M. le rapporteur de nous offrir l'occasion de reparler de ce sujet : je pense en effet qu'il est indispensable de donner accès à toute l'information.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je vous confirme que, contrairement à ce qui a été évoqué dans l'hémicycle hier soir, aucune directive européenne ne prescrit la durée du DES de médecine générale ni, en conséquence, son passage à quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2020. D'ailleurs, il n'existe pas un modèle unique de formation à la médecine générale en Europe.

La durée du DES de médecine générale est définie par l'arrêté du 21 avril 2017, dans lequel figurent les maquettes de formation des quarante-quatre spécialités médicales. Cette durée est aujourd'hui de six semestres.

Pour chaque maquette, au moins quatre des six semestres doivent être réalisés en ambulatoire, notamment un premier semestre chez un médecin généraliste, le stage dit « de niveau 1 ». Des stages en santé de la femme et en santé de l'enfant peuvent être accomplis en ville. Enfin, il est prévu un semestre professionnalisant en autonomie supervisée chez un médecin généraliste : il s'agit du Saspas, le stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisés.

Lors de la finalisation de la réforme du troisième cycle des études de médecine en 2017, le choix a été fait de maintenir la durée de ce DES à trois ans, dans la mesure où aucun consensus ne s'est dégagé pour la faire passer à quatre ans. Le débat est resté ouvert, puisque les discussions se sont poursuivies, sans pour autant que les attentes et les positions exprimées depuis ne soient apparues totalement stabilisées.

Cela signifie évidemment que le sujet n'est pas clos pour l'avenir. Il est toutefois certain que le passage de la durée de la maquette à quatre ans ne pourrait être envisagé que dès lors que les objectifs visés par une telle mesure et les conditions de sa mise en œuvre dans le cadre du nouvel équilibre de la maquette en huit semestres feraient l'objet d'un consensus de tous les acteurs. En outre, il faudrait que les conditions de sa soutenabilité, notamment sur le plan pédagogique, au regard du nombre de maîtres de stage disponibles, soient réunies.

Cela implique, pour le Gouvernement, que la concertation se poursuive, en particulier avec les étudiants en médecine qui sont les premiers concernés. C'est bien l'objectif que le Gouvernement s'est fixé.

En tout état de cause, nous resterions dans l'esprit de la réforme du troisième cycle, qui repose sur un parcours de formation progressif et assure une acquisition progressive des compétences, y compris en termes d'acquisition de l'autonomie, jusqu'à la validation du DES et la reconnaissance du plein exercice.

En l'état actuel, toutes les dispositions dont nous discutons s'appliqueront à une maquette dont la durée est de trois ans. Les amendements votés hier, qui visent à laisser les étudiants, en troisième année de DES, exercer leur activité en autonomie non supervisée sont, pour Frédérique Vidal et moi-même, une forme de dégradation de la formation : en effet, ces étudiants devraient normalement bénéficier d'un stage autonome supervisé.

Voilà les éléments que je souhaitais partager pour éclairer nos débats d'hier sur la médecine générale.

Cela dit, je le répète, le Gouvernement émet un avis favorable sur ces cinq amendements identiques.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Madame la ministre, nous partageons votre position sur le passage à trois ans de la révision des zonages pour le CESP.

Toutefois, je m'interroge sur la question qu'a posée Alain Milon. Dans votre réponse, vous avez fait référence à l'arrêté du 21 avril 2017. Or un autre arrêté a été pris le 12 avril 2017, qui porte notamment sur le calendrier de mise en œuvre du troisième cycle des études de médecine. Et l'article 70 de cet arrêté, dans sa version consolidée au 21 mai 2019, précise que les dispositions qui prévoient la phase de consolidation pour le troisième cycle de médecine générale entrent en vigueur « à compter du 1^{er} janvier 2020 ».

En l'état actuel du droit, la durée du troisième cycle de médecine générale doit passer à quatre ans au 1^{er} janvier 2020. Il est donc légitime que le Parlement légifère sur cette base.

Je comprends de votre réponse, madame la ministre, que vous allez abroger cet arrêté ou, en tout cas, modifier ces dispositions.

Comprenez que le Parlement prend acte du fait que la mise en place de la phase de consolidation a été reportée au 1^{er} janvier 2020, compte tenu des négociations ayant eu lieu à l'époque et, notamment, de la demande des organisations représentatives d'internes. Il nous paraît cependant nécessaire d'organiser cette phase de consolidation.

Vous ne pouvez pas nous répondre aujourd'hui que cette phase n'existe pas sur le plan réglementaire : elle est en effet de votre responsabilité. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous n'avons pas mentionné de quatrième année dans le texte de notre amendement : en effet, il appartient non pas au législateur, mais à la ministre de la santé de déterminer la durée de chacune des trois phases du troisième cycle des études de médecine : la phase de socle, la phase d'approfondissement et la phase de consolidation.

Il est de votre responsabilité, madame la ministre, de dire si vous allez, ou non, mettre en place cette phase. En tout cas, vous ne pouvez pas nous reprocher d'avoir adopté hier des amendements qui ont pour objet de tenir compte d'un arrêté ministériel en vigueur. Maintenant, si vous prévoyez de l'abroger, ce que je crois comprendre, confirmez-le-nous, car cela modifie les termes du débat.

Mme la présidente. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. Je laisserai ma collègue Corinne Imbert intervenir sur la question de la professionnalisation de la neuvième année d'étude de médecine. Selon moi, celle-ci ne constitue pas une dégradation par rapport à l'autonomie supervisée. Vous avez employé un terme difficile à entendre, madame la ministre : considérer comme « dégradant » le fait d'être sur le terrain pour exercer véritablement son métier après neuf années d'études m'interpelle !

Pour ma part, je m'exprimerai sur les zonages. Je ne serai probablement pas le seul à le faire, mais je tiens tout de même à vous faire part des remontées de terrain dont je

dispose. Ces zonages sont toujours difficiles à définir, parce qu'ils laissent nécessairement des personnes de côté et qu'ils ne durent qu'un certain temps.

De ce point de vue, nous sommes régulièrement confrontés à une administration que je qualifierai de « rigide ». C'est le cas lorsqu'elle examine les critères d'éligibilité aux aides à l'installation des médecins, qui sont des aides incitatives. On observe aussi de nombreuses difficultés quand il s'agit d'appliquer ces critères.

Si une zone sous-dotée dans laquelle un jeune médecin s'est installé est déclassée, ce dernier perd la rémunération sur objectifs de santé publique, la ROSP, que lui versait l'assurance maladie. Pourtant, ce médecin comptait sur cette aide, puisque l'État s'était engagé, au travers d'un certain nombre de dispositions, à lui verser une somme, dont le montant m'échappe au moment où je vous parle. J'ai été directement confronté à ce type de situation dans l'un des cantons de mon département.

En outre, certains engagements des ARS ne sont pas toujours tenus, ce que je déplore.

Je pense toujours à l'aide spécifique à l'installation. Les jeunes médecins concernés touchent une première tranche de cette aide la première année, puis une seconde tranche l'année suivante, en contrepartie d'engagements de leur part : s'installer dans une zone complémentaire, exercer en secteur 1 – ce que je trouve parfaitement normal – et à temps complet, participer au dispositif de permanence des soins – ce qui est, là encore, tout à fait légitime –, et, enfin, exercer en mode coordonné.

En revanche, il ne faut pas exercer dans la zone sous-dense dans les cinq années qui précèdent, ni après les cinq années d'installation. Bref, le mécanisme est particulièrement complexe en termes de projet de santé.

Malgré tous ces critères à remplir, les ARS ne tiennent pas forcément leurs engagements, et les médecins ne sont pas toujours rémunérés. J'attire votre attention sur ce point, madame la ministre, parce que les difficultés sur le terrain sont telles que ces mécanismes incitatifs deviennent particulièrement contraignants.

Mme la présidente. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

Mme Corinne Imbert. La mise en place de l'année de consolidation est bien de votre responsabilité, madame la ministre, et je sais que vous saurez prendre cette responsabilité dans un sens ou dans l'autre.

Nous avons élaboré les amendements votés hier soir à l'article 2, sur le fondement de l'arrêté qu'a rappelé mon collègue Bernard Jomier. Or le dispositif de ces amendements vise bien la dernière année du troisième cycle des études de médecine générale et d'autres spécialités.

Comme vient de le souligner mon collègue René-Paul Savary, la professionnalisation n'est pas dégradante : elle fait partie de la formation. C'est sur cet aspect des choses que je ne vous suis plus.

Nous partageons le diagnostic et constatons l'urgence de la situation : il y a besoin de répondre à l'attente des médecins, des élus et, surtout, de nos concitoyens. Je pense que la solution proposée au travers de ces amendements est une réponse pragmatique, qui, encore une fois, n'est pas coerci-

tive – il faut prononcer le mot – pour les étudiants. On leur tend la main et on vous tend la main, madame la ministre. Il faut que nous travaillions ensemble.

Encore une fois, ces étudiants ne seront pas lâchés tous seuls au milieu de nulle part : ils travailleront en autonomie, à côté d'autres médecins, qui ne sont peut-être pas des maîtres de stage aujourd'hui, mais qui ont des qualités professionnelles.

Pardonnez-moi, madame la ministre, mais si j'avais un reproche à vous faire, c'est d'avoir laissé sortir tout un tas de médecins de vos radars, de les avoir oubliés, alors qu'il s'agit d'excellents professionnels qui prennent en charge des patients au quotidien et qui travaillent dans l'ensemble du territoire national. Ce ne sont pas de mauvais médecins, parce qu'ils ne sont pas maîtres de stage ! Demain, ils pourront accompagner des étudiants qui seront en neuvième année de médecine, qui se destinent à l'exercice général et à qui l'on demande simplement de venir travailler en renfort.

Pendant un an, l'étudiant exercera aux côtés de médecins qui se dévouent à leur patientèle, qui exercent la médecine aussi bien que beaucoup d'autres, et qui pourront apporter des réponses à des patients parfois dépourvus de médecin traitant.

M. Jean-François Husson. C'est vrai !

Mme Corinne Imbert. Ce médecin, que l'on pourrait qualifier de médecin adjoint ou à qui l'on pourrait trouver un autre statut, peu importe, travaillera à côté de l'un de ses confrères, chacun accueillant et prenant en charge un patient. On aura ainsi deux médecins pour deux patients ! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, ainsi que sur des travées du groupe Union Centriste. – M. Raymond Vall applaudit également.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Je veux dire un mot après avoir entendu Mme la ministre utiliser le terme de « dégradant », car je ne peux pas laisser passer cela.

En neuvième et dernière année de médecine, le futur médecin ne peut pas faire ce métier s'il ne l'aime pas. Ce n'est pas possible ! Pour moi, le fait d'exercer quelques mois comme médecin adjoint auprès de référents – on a toujours parlé de référents, que ce soit des médecins maîtres de stages ou des référents hospitaliers – n'est pas dégradant.

Au contraire, c'est tout à l'honneur du Parlement et du ministre de la santé de prendre ce type de dispositions, et c'est tout à l'honneur des futurs médecins d'aller travailler dans ces zones sous-denses, dans le cadre de stages encadrés par des maîtres de stage, selon des modalités à déterminer, car il ne nous incombe pas d'entrer dans le détail.

C'est tout à l'honneur du Sénat d'avoir voté ces amendements hier soir.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vais répondre aux différentes interventions.

Monsieur Jomier, vous êtes revenu sur un arrêté du 12 avril 2017 qui diffère de celui sur lequel nous avons débattu hier. Mes services ont examiné le contenu de ce texte, et d'autant plus attentivement que l'équipe qui l'a rédigé se trouve au banc du Gouvernement aujourd'hui. Je vous confirme donc que les dispositions qui entrent en vigueur en 2020 touchent

uniquement à l'organisation et à l'affectation des stages. Nous sommes à votre disposition pour discuter de cet arrêté, mais, objectivement, il n'est pas question de quatrième année d'étude de médecine générale en 2020.

Monsieur Savary, vous avez remis en cause la méthode de zonage. Je concède que beaucoup de médecins reviennent vers moi pour déplorer le fait qu'ils ne se trouvent plus dans une zone sous-dotée, alors qu'ils estiment que la densité médicale est inférieure à ce qu'ils souhaiteraient ou à ce qu'ils imaginent être le cas ailleurs.

M. René-Paul Savary. Changez les critères !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Seulement, le zonage ne résulte pas seulement de la densité médicale : il découle d'un algorithme qui prend en compte le temps médical disponible du médecin, par exemple le travail à mi-temps ou à plein-temps, mais aussi l'état de santé de la population, l'âge moyen de celle-ci, les difficultés sociales, les problèmes de santé publique, ainsi que des indicateurs de santé.

Il résulte donc d'un algorithme complexe, qui se rapproche de la réalité du terrain et qui vise justement à s'éloigner d'une vision statique et très brute reposant sur la seule densité médicale, donnée qui ne veut rien dire en réalité.

Par ailleurs, avec un tel degré de raffinement, le nouveau zonage a tout de même permis d'accroître de 9 % à 18 % la population résidant en zone sous-dense. Certes, certains y ont perdu et sont mécontents, mais il faut considérer les 9 % de Français qui sont couverts en plus. Ce nouvel algorithme a donc fait beaucoup de gagnants.

Il convient d'analyser la réalité du terrain en toute transparence, raison pour laquelle je suis favorable à ce que l'on puisse réviser les zonages dans des délais plus courts que les trois ans prévus lorsque l'on observe d'importantes évolutions sur le terrain.

S'agissant des dispositifs incitatifs à l'installation, comme je vous l'ai déjà indiqué, un rapport doit m'être remis par le docteur Sophie Augros. Celle-ci est en train d'évaluer l'intérêt de tous ces mécanismes, qui sont complexes et difficiles à comprendre, j'en conviens, monsieur le sénateur. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai demandé ce rapport, qui doit permettre une simplification et rendre ces aides plus attractives et plus lisibles pour les jeunes médecins. Ce travail est en cours et devrait m'être remis en juillet prochain.

Madame Imbert, vous affirmez que la professionnalisation fait partie intégrante de la formation. C'est exact, mais les amendements adoptés hier tendent à substituer cette professionnalisation à la formation actuelle, puisque vous souhaitez substituer à la troisième année de formation supervisée par des maîtres de stage une pratique médicale en pleine autonomie.

Je rejoins d'ailleurs M. Chasseing sur ce point : si le stage faisait l'objet d'une supervision, en présence de maîtres de stage, pourquoi pas ? Mais ce que vous proposez avec les amendements votés hier, c'est en fait une professionnalisation de la dernière année d'études, façon « Docteur junior ».

Personnellement, je considère que cette mesure réduira la durée de formation des médecins généralistes, qui ont obtenu cet internat en trois ans de formation en 2004 ou 2005.

Pour finir, j'entends beaucoup de critiques, mais je rappelle tout de même que je suis favorable aux amendements identiques sur lesquels le Sénat va se prononcer ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Madame la ministre, nous sommes têtus, parce que nous pensons que nous agissons dans l'intérêt général, sur le fondement d'éléments pleinement justifiés. Notre réflexion s'appuie, entre autres, sur le dispositif de l'arrêté du 12 avril 2017. Madame la ministre, je viens d'en prendre de nouveau connaissance et vous confirmez que nous ne faisons pas la même lecture que vous de l'article 70 de ce texte.

Cet article précise que « les dispositions du troisième alinéa de l'article 42 et du II de l'article 44 du présent arrêté entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020 », ce que mon collègue Bernard Jomier a déjà rappelé. Il faut donc se reporter au troisième alinéa de l'article 42, selon lequel « pour la phase de consolidation, le choix des stages est organisé au niveau de la région ».

M. Bernard Jomier. Voilà ! Il faut bien lire le texte !

M. Yves Daudigny. J'espère avoir été clair : cet article, dont les dispositions entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2020, porte bien sur la phase de consolidation.

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

M. Bernard Jomier. Mettez vos lunettes !

Mme Agnès Buzyn, ministre. En fait, l'article auquel vous faites référence précise qu'il n'y a pas de phase de consolidation pour les spécialités médicales en trois ans. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas la même lecture de cet article.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 420, 683, 32 rectifié *bis*, 298 et 540 rectifié *quater*.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 4, modifié.

(L'article 4 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 4

Mme la présidente. Je suis saisie de quatorze amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n^o 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. Cuyppers, Mmes Joissains et Raimond-Pavero, MM. Pellevat, Pierre, Meurant, Saury, de Nicolaÿ, Pointereau, Vaspert et Priou, Mme C. Fournier, M. Laménie, Mme Lamure et M. Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'article 4

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o 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^o Après le 2^o *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 ; ».

La parole est à M. Michel Raison.

M. Michel Raison. Je dépose le même amendement depuis une bonne dizaine d'années, au Sénat comme à l'Assemblée nationale. Et depuis une bonne dizaine d'années, les différents rapporteurs et ministres, quel que soit leur bord politique, sont d'avis de le rejeter ! *(Sourires.)*

Toutefois, je persévère, car il faut bien trouver une solution à la situation actuelle : dans nos villages, au travers des différentes rencontres que nous faisons, nous nous rendons tous bien compte que le problème n'est pas celui du nombre de médecins, mais de leur répartition sur le territoire.

M. Martial Bourquin. Absolument !

M. Michel Raison. Quand notre collègue Jean-François Longeot a été nommé rapporteur pour avis sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé, en 2015, j'étais encore membre de la commission du développement durable et de l'aménagement du territoire.

À l'époque, nous avons travaillé ensemble sur ce texte, et la commission avait finalement déposé un amendement sensiblement analogue à celui que je présente aujourd'hui.

Pour en arriver là, Jean-François Longeot n'avait pas agi par hasard et fait n'importe quoi : la commission avait beaucoup auditionné, notamment les représentants du Conseil national de l'ordre des médecins. De mon côté, j'avais également rencontré les représentants des jeunes médecins de ma région, ainsi que le doyen. D'ailleurs, contrairement à ce que j'entends, tous les médecins ne sont pas contre cet amendement. Je dirais même qu'au moins 60 % d'entre eux y sont favorables !

En fait, je propose tout simplement que le mécanisme appliqué aux infirmiers en 2008, pérennisé en 2011 et étendu aux masseurs-kinésithérapeutes, aux sages-femmes, aux chirurgiens-dentistes et aux orthophonistes en 2012 soit également applicable aux médecins. On ne leur dirait pas d'aller exercer dans tel ou tel endroit, mais simplement de ne pas s'installer dans une zone, dès lors que celle-ci est suffisamment dotée. Ce dispositif présente l'avantage d'être peu coercitif.

Mme la présidente. Les quatre amendements suivants sont identiques.

L'amendement n^o 179 rectifié est présenté par MM. J. Bigot et Bérit-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllegatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévillat 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.

L'amendement n^o 365 rectifié *bis* est 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.

L'amendement n^o 422 est présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

L'amendement n° 437 rectifié *ter* est présenté par MM. Vaspert, Bizet, Raison et Mandelli, Mmes Ramond et Raimond-Pavero, MM. Nougein, 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, Seguin et Gremillet.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

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 ».

La parole est à M. Joël Bigot, pour présenter l'amendement n° 179 rectifié.

M. Joël Bigot. Cet amendement ne vise pas à remettre pas en cause la liberté d'installation du médecin. Il s'agit simplement d'introduire une précision au sein de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale relatif aux libertés d'exercice et d'installation des médecins, afin de faire apparaître la nécessité, pour les médecins, de prendre en compte le principe d'égal accès aux soins.

Mme la présidente. La parole est à M. Raymond Vall, pour présenter l'amendement n° 365 rectifié *bis*.

M. Raymond Vall. Un sondage BVA publié l'année dernière a révélé que plus de sept Français sur dix avaient déjà renoncé au moins une fois à se soigner à cause de délais d'attente trop longs pour obtenir un rendez-vous, d'une part, et en raison du refus de certains médecins de les examiner, d'autre part.

Cet amendement est donc largement justifié.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 422.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Cet amendement ayant été très bien défendu par Michel Raison, je ne vais pas en rajouter. Il est de concilier la liberté d'exercice et la liberté d'installation des médecins avec un objectif essentiel, qui relève de l'intérêt général, celui de l'égal accès aux soins.

Comme l'a rappelé Michel Raison, un amendement similaire est déposé chaque année depuis une dizaine d'années. Et cette année, la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable a elle-même défendu une mesure similaire au stade de l'examen en commission.

Je remercie les collègues des différents groupes, que ce soit le groupe socialiste et républicain, le groupe du RDSE ou le groupe Les Républicains, d'avoir repris notre amendement à leur compte.

Mes chers collègues, je vous invite à voter ces amendements, car leur adoption permettrait d'envoyer un signal fort à nos concitoyens, en leur montrant que le Sénat a véritablement pris la mesure du problème de l'accès aux soins et qu'il entend marquer son attachement aux principes constitutionnels qui fondent notre pacte social. (MM. Hervé Maurey et Raymond Vall applaudissent.)

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Vaspert, pour présenter l'amendement n° 437 rectifié *ter*.

M. Michel Vaspert. Cet amendement ayant déjà été défendu par trois de mes collègues, je voudrais simplement ajouter que le Conseil constitutionnel et le Conseil d'État ont consacré ce principe à plusieurs reprises, comme corollaire du droit à la protection de la santé résultant du onzième alinéa du préambule de la Constitution de 1946.

Je reviendrai également sur notre vote d'hier concernant les stages – je me félicite que ces amendements aient été adoptés –, ainsi que sur certaines réactions entendues à cette occasion, selon lesquelles on mettrait en place une médecine à deux vitesses... La médecine à deux vitesses existe déjà en matière d'accès aux soins, ne serait-ce qu'au niveau des territoires.

Ainsi, quand on obtient un rendez-vous sous huit jours, voire le jour même, dans certains territoires, il faut attendre six à huit mois pour en obtenir un dans d'autres. On peut donc bien parler d'un inégal accès aux soins et, déjà, de l'existence d'une médecine à deux vitesses dans notre pays !

Mme la présidente. L'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, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à M. Raymond Vall.

M. Raymond Vall. Je m'inscris totalement dans les propos introductifs du président Hervé Maurey sur ce problème de désertification médicale. Effectivement, en dépit de la croissance du nombre des médecins au cours des dernières années, les inégalités territoriales sont toujours prégnantes.

Aussi cet amendement tend-il à renvoyer à la négociation conventionnelle entre les médecins et l'assurance maladie la détermination des conditions dans lesquelles les médecins doivent participer à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins.

En l'absence d'accord, il est proposé de mettre en place un système de conventionnement sélectif, pour limiter les installations de médecins dans les zones surdotées. Un dispositif similaire est depuis longtemps appliqué à d'autres professions, chaque fois avec des résultats satisfaisants.

J'ajouterai que la Cour des comptes préconise d'étendre, dans les zones en surdensité, le conventionnement conditionnel à toutes les professions, y compris aux médecins, pour mieux équilibrer la répartition des professionnels sur le territoire.

Selon la Cour, la régulation des installations est une nécessité pour obtenir un rééquilibrage des effectifs libéraux, en fonction des besoins de santé des populations sur le territoire, et elle peut être recherchée sans remettre en cause la liberté d'installation, en instituant un conventionnement individuel généralisé à l'ensemble du territoire.

Si l'on veut lutter efficacement contre la désertification médicale, il est essentiel de mobiliser l'ensemble des leviers, notamment ceux qui ont fait leurs preuves. Tel est l'objet de cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 232 rectifié *quater*, présenté par MM. M. Bourquin, Sueur et Tissot, Mmes G. Jourda, Conconne et Prévillat, 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 Houllégatte, 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, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à M. Martial Bourquin.

M. Martial Bourquin. Cet amendement vise à instaurer un conventionnement sélectif ou territorialisé des médecins libéraux, afin d'assurer une meilleure répartition sur le territoire et de lutter contre la désertification médicale.

Nous proposons de conditionner le conventionnement d'un médecin à la cessation d'activité d'un autre médecin exerçant dans la même zone.

Je rappelle tout de même que la Nation prend en charge la formation des médecins, pour un coût qui avoisinerait 11 540 euros par étudiant chaque année. Je rappelle aussi que l'État assure, bien sûr, les revenus des médecins à travers l'assurance maladie.

Or la situation est extrêmement grave. Certains territoires font face à une véritable urgence sanitaire. Bien qu'elle perde chaque jour trois médecins généralistes, la France compte autant de médecins par million d'habitants que les autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'OCDE. Mais les déserts médicaux se constituent, faute de pouvoir organiser l'offre de soins sur le territoire.

Il est question, pour nous, non pas de contrevvenir globalement à la liberté d'installation, mais de la réguler. Une telle régulation s'applique déjà aux pharmaciens, aux infirmiers, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux sages-femmes, aux chirurgiens-dentistes et aux orthophonistes. Pourquoi ne pas l'étendre aux médecins généralistes et aux spécialistes ? Expliquez-nous pourquoi, madame la ministre !

Une étude vient de paraître, de l'UFC-Que choisir, selon laquelle 15 millions de Français rencontrent des difficultés pour disposer d'un médecin généraliste à moins de 30 minutes. Plus alarmant encore, les difficultés d'accès aux spécialistes que sont les gynécologues, les ophtalmologistes et les pédiatres concernent jusqu'à 21 millions de nos concitoyens.

La question est simple : va-t-on choisir de changer, de réguler ? Puisque la Nation paie, faisons donc en sorte de changer.

En prenant nos responsabilités, en tant que parlementaires, nous pouvons remédier à la problématique des déserts médicaux en quelques années. Mais il faut avoir le courage de le faire, c'est-à-dire de s'attaquer à une sacro-sainte liberté d'installation qui s'opère n'importe comment, entraînant une surdensité médicale, très onéreuse pour la sécurité sociale, dans certaines régions, et laissant d'autres territoires quasiment sans rien.

Si le Parlement prend ses responsabilités, mes chers collègues, nous pouvons résoudre la situation. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 228 rectifié *bis*, présenté par MM. Vaspert, Longeot, Bizet, Raison et Mandelli, Mme Raimond-Pavero, MM. Nougein, Pellevat, Mayet, Paul, Perrin, Bascher, Genest, Meurant, Brisson et D. Laurent, Mme Deromedi, M. de Legge, Mme Noël, M. Guéné, Mme Lamure et MM. Laménié et Gremillet, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à M. Michel Vaspart.

M. Michel Vaspart. Pour ma part, je ne suis pas *a priori* favorable aux contraintes de toute nature.

Néanmoins, on voit bien que les mesures incitatives n'ont pas résolu le problème. J'entends parler de cette question depuis mon élection au Sénat en 2014, et on en parlait certainement déjà auparavant. Or la situation se dégrade, au lieu de s'améliorer.

En lien avec la position adoptée en commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, cet amendement tend à poser le principe d'un renvoi aux négociations conventionnelles entre les syndicats de médecins et l'assurance maladie, leur laissant le choix des moyens, que ce soit un conventionnement sélectif, individuel ou autre, pour aboutir à une solution négociée de nature à traiter efficacement les déserts médicaux.

En outre, il vise à mettre en place un système dit de conventionnement individuel sur l'ensemble du territoire, applicable uniquement aux médecins entrant en exercice : les agences régionales de santé, ou ARS, fixeraient le nombre cible de postes de médecins conventionnés, généralistes et spécialistes, dans chaque région et chaque département, en fonction de critères de densité.

Dans chaque région et département, les médecins commençant à exercer ne pourraient accéder au conventionnement à l'assurance maladie que sous réserve d'entrer dans les effectifs ciblés.

Cette mesure peut sembler moins efficace qu'un conventionnement individuel applicable à tous les médecins, y compris à ceux qui sont déjà en exercice, comme l'évoquait la Cour des comptes, mais elle est aussi moins contraignante.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 178 rectifié *bis* est présenté par MM. J. Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllegatte, Jacquín et Madrelle, Mmes Prévillé 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.

L'amendement n° 421 est présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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. »

La parole est à M. Joël Bigot, pour présenter l'amendement n° 178 rectifié *bis*.

M. Joël Bigot. Nous sommes nombreux dans cet hémicycle à bien connaître la question des déserts médicaux – ceux-ci ne sont pas forcément les zones les moins peuplées, d'ailleurs –, à être confrontés au problème.

Les réformes récentes du *numerus clausus* et la suppression aujourd'hui proposée ne permettront pas d'enrayer le phénomène de désertification, car je pense que nous n'avons pas tout essayé.

En tant qu'élu, les sollicitations sont quotidiennes ; en tant que sénateur, notre devoir est de représenter les territoires. Or les citoyens crient chaque jour leur détresse face à cette inégale répartition de l'offre de soins. C'est l'égalité des territoires qui est en jeu, ainsi que notre pacte républicain !

Madame la ministre, vous affirmez qu'avec la suppression du *numerus clausus* la France formera 20 % de médecins supplémentaires. Mais quelle garantie avons-nous qu'ils s'installeront dans les zones déficitaires et dans nos villages ? Ce texte, madame la ministre, manque profondément d'ambition et de courage politique !

Conscient des réalités de nos territoires, et malgré vos affirmations selon lesquelles il est trop tard pour mettre en place une véritable régulation de l'offre médicale sur le territoire, madame la ministre, je défends aujourd'hui cet amendement, reprenant, pour l'essentiel, le contenu de la proposition de loi, défendue par notre collègue Guillaume Garot à l'Assemblée nationale, visant à instaurer un conventionnement sélectif, pour lutter efficacement contre la désertification médicale.

Avec cet amendement, notre objectif est de limiter l'aggravation de ce phénomène, en étendant aux médecins libéraux, à titre expérimental, un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà, cela a été dit par plusieurs de mes collègues, par plusieurs autres professionnels de santé.

L'adoption d'un tel principe de conventionnement territorial des médecins libéraux permettrait de compléter utilement des dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées, mis en place dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et du plan Ma santé 2022.

Madame la ministre, mes chers collègues, il est urgent de mobiliser l'ensemble des solutions à notre disposition pour lutter contre les déserts médicaux, d'autant plus qu'elles sont déjà à l'œuvre, comme je l'indiquais, pour d'autres professions de santé. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 421.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Cet amendement a également été déposé dès le stade de la commission ; nous l'avons longuement évoqué lors de la

présentation de mon rapport pour avis. Aussi, je tiens à remercier mes collègues qui l'ont repris comme amendement de séance.

Il s'agit de proposer une mesure de régulation, et non de coercition, comme on peut l'entendre ici ou là.

Cette disposition est proche d'un amendement que notre commission avait déposé en 2015, à l'occasion de l'examen du précédent projet de loi consacré au système de santé.

Toutefois, nous y avons apporté un élément, une évolution majeure : le renvoi à la négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les médecins, pour définir les conditions dans lesquelles ces derniers participent à la réduction des inégalités d'accès aux soins et, le cas échéant, les mesures de limitation d'accès au conventionnement dans les zones surdotées.

Ce premier étage du dispositif, que la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable vous propose d'adopter, mes chers collègues, correspond exactement à ce que le Sénat a voté en 2015.

Ainsi, l'article 12 *quater* A, alors adopté sur l'initiative de commission saisie au fond, disposait que « la négociation des conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 du [code de la sécurité sociale] doit porter, pour assurer l'offre de soins, sur le conventionnement à l'assurance maladie des médecins libéraux dans les zones définies par les agences régionales de santé, en application des 1° et 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ».

Ensuite, si les partenaires ne parviennent pas à se mettre d'accord dans un délai d'un an, un dispositif de conventionnement sélectif est prévu, à titre expérimental, pour une durée de trois ans en zones surdotées, selon le principe d'une arrivée pour un départ. Cela permettrait de réorienter progressivement les médecins vers des secteurs intermédiaires et sous-denses.

Ce dispositif a prouvé son efficacité pour les infirmiers, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes. Nous connaissons tous les chiffres : les installations en zones surdenses ont largement diminué et celles qui concernent des zones très sous-dotées ont augmenté.

Je ne comprends pas pourquoi les médecins ne pourraient pas faire l'objet de dispositions similaires, sous réserve de certaines adaptations, bien entendu, afin de prendre en compte le rôle central qu'ils jouent dans le système de soins en matière de prescription d'actes.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 423 est présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

L'amendement n° 438 rectifié *bis* est présenté par MM. Vaspart, 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. Laménié et Gremillet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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. »

La parole est à M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 423.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Cet amendement est le dernier que la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable a souhaité proposer sur ce projet de régulation des installations des médecins et je remercie mes collègues commissaires, en particulier Michel Vaspert, de l'avoir également repris.

En 2015, le Sénat avait adopté un dispositif ambitieux, faisant référence à la négociation conventionnelle et à la limitation d'accès au conventionnement comme mesure de régulation de l'offre de soins.

Dans une logique de compromis, mes chers collègues, je vous propose de voter le premier membre de ce dispositif, à savoir un renvoi simple aux négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les médecins pour déterminer les conditions dans lesquelles ces derniers participent à la résorption des déserts médicaux.

À mon sens, c'est le minimum que puisse faire le Sénat pour adresser un signal politique fort aux élus locaux et aux citoyens, qui nous demandent la mise en place de mesures ambitieuses pour l'accès aux soins.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Vaspert, pour présenter l'amendement n° 438 rectifié *bis*.

M. Michel Vaspert. Cet amendement, identique au précédent, est seulement un amendement de repli. En réalité, j'attends beaucoup plus que cela !

Mme la présidente. L'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 Houllégatte, 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, est ainsi libellé :

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.

La parole est à M. Jean-Pierre Sueur.

M. Jean-Pierre Sueur. Cet amendement est un amendement de repli par rapport à l'amendement n° 232 rectifié *quater* excellemment défendu par Martial Bourquin. Il s'agit de mettre en œuvre ce système de conventionnement sélectif à titre expérimental pendant trois ans.

Si d'aventure, madame la ministre, vous n'acceptiez pas le premier amendement, peut-être accepteriez-vous que l'on expérimente le dispositif pour en voir les effets ?

Vous savez, il est très important que les parlementaires soient des élus de terrain. Permettez-moi ainsi de vous livrer un témoignage, fort de trois campagnes réalisées pour les élections sénatoriales : lors de la première, on me parlait de l'emploi, de l'insécurité et de différents autres sujets ; lors de la seconde, j'ai vu poindre le sujet de la désertification médicale ; lors de la troisième, madame la ministre, les 300 maires que j'ai rencontrés m'ont pratiquement tous signalé cette problématique ! On voit des cantons entiers où il n'y a plus un seul généraliste. C'est la réalité !

Nous entendons bien toutes les mesures incitatives qui sont prises ; nous n'avons rien contre. Simplement, cela ne suffit pas, et c'est, tout le monde le sait, le problème de l'égalité en matière de santé qui se pose, aujourd'hui, dans notre pays.

Nous pouvons bien inscrire le mot « égalité » sur le fronton de nos mairies, en réalité, il existe une très forte inégalité dans l'accès à l'offre de santé.

Dans ce contexte, je ne vois pas en quoi un dispositif s'appliquant aujourd'hui à quantité de professions, y compris médicales – j'entends par là une régulation visant à ce que les professionnels s'installent là où se trouvent des malades, là où des citoyens les attendent –, serait impossible à mettre en œuvre, incongru et inopérant.

Vous avancez le motif que le problème serait mondial, madame la ministre. Mais si c'est un problème mondial, commençons par trouver des solutions effectives dans notre pays, et cela, en effet, demande du courage ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 116 rectifié *ter*, présenté par M. L. Hervé, Mme Tetuanui, MM. Détraigne, Janssens, Moga et Buis et Mme Létard, est ainsi libellé :

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.

La parole est à M. Loïc Hervé.

M. Loïc Hervé. Afin de lutter plus efficacement contre la désertification médicale, cet amendement vise à transposer aux médecins libéraux le mécanisme de conventionnement applicable actuellement aux infirmiers libéraux.

Cette convention expérimentale, conclue d'ici au 1^{er} juillet 2020 et applicable pour une durée de cinq ans, permettrait à la fois de conforter les mécanismes incitatifs pour l'installation dans les zones sous-dotées et d'instaurer un conventionnement sélectif, afin de limiter l'installation dans les zones surdotées.

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 le 1^{er} janvier 2023 et un dernier rapport sera publié dans les six mois suivant la fin de la convention.

Tel est l'objet de cet amendement.

6

COMMUNICATION RELATIVE À UNE COMMISSION MIXTE PARITAIRE

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, commission mixte paritaire qui s'est réunie aujourd'hui, n'est pas parvenue à l'adoption d'un texte commun. (*Exclamations.*)

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures trente-cinq.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à vingt heures cinq, est reprise à vingt et une heures trente-cinq, sous la présidence de M. Jean-Marc Gabouty.*)

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-MARC GABOUTY
vice-président

M. le président. La séance est reprise.

7

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission

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.

Dans la discussion du texte de la commission, nous en sommes parvenus, au sein du chapitre II du titre I^{er}, à des amendements portant article additionnel après l'article 4.

TITRE I^{ER} (SUITE)

DÉCLOISONNER LES PARCOURS DE FORMATION ET LES CARRIÈRES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Chapitre II (*suite*)

FACILITER LES DÉBUTS DE CARRIÈRE ET RÉPONDRE AUX ENJEUX DES TERRITOIRES

Articles additionnels après l'article 4 (*suite*)

M. le président. L'amendement n° 147 rectifié *ter*, les amendements identiques n°s 179 rectifié, 365 rectifié *bis*, 422 et 437 rectifié *ter*, l'amendement n° 366 rectifié *bis*, l'amendement n° 232 rectifié *quater*, l'amendement n° 228 rectifié *bis*, les amendements identiques n°s 178 rectifié *bis* et 421, les amendements identiques n°s 423 et 438 rectifié *bis*, l'amendement n° 233 rectifié *quater* et l'amendement n° 116 rectifié *ter* ont été présentés.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, rapporteur. Tous ces amendements visent le même thème, avec des variations : tempérer le principe de liberté d'installation des médecins, notamment en passant par la négociation conventionnelle.

Je vais m'efforcer, autant que faire se peut, de synthétiser et clarifier les termes du débat.

Un premier groupe d'amendements – l'amendement n° 147 rectifié *ter*, les amendements identiques n°s 179 rectifié, 365 rectifié *bis*, 422 et 437 rectifié *ter* – vise à préciser que le principe déontologique fondamental de la liberté d'installation des médecins, repris par l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, doit être interprété au regard du principe d'égal accès aux soins.

Je ne suis pas favorable à ce que cela figure dans la loi. L'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale fait référence à des principes déontologiques fondamentaux. Or le principe d'égal accès aux soins ne figure pas dans le code de déontologie médicale.

Un second groupe d'amendements tend à encadrer l'installation des médecins par voie conventionnelle, selon des paramètres et des modalités distincts et, parfois, originaux.

Une limitation de l'accès au conventionnement dans les zones surdenses est proposée par les amendements n° 232 rectifié *quater* et 233 rectifié *quater*, dans le second cas sous la forme d'une expérimentation.

Les amendements n° 366 rectifié *bis* et 228 rectifié *bis*, ainsi que les amendements identiques n° 178 rectifié *bis* et 421, tendent à instaurer un dispositif à double détente : dans un premier temps, un renvoi à la négociation conventionnelle pour la mise en place de mesures restrictives au conventionnement en zones surdenses, et, dans un second temps, en cas d'absence de négociation sur ce thème dans les douze mois, l'application d'un dispositif restrictif à l'accès au conventionnement dans ces zones.

Selon les amendements, l'application de ce dispositif supplétif se fait, ou non, de manière expérimentale.

Deux autres amendements identiques – les amendements n° 423 et 438 rectifié *bis* – ont pour objet d'inscrire, dans le champ de la négociation conventionnelle, les conditions dans lesquelles les médecins participent à la réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins, en laissant aux partenaires conventionnels la liberté de choisir les outils permettant d'atteindre cet objectif.

Enfin, les auteurs de l'amendement n° 116 rectifié *ter* proposent, de manière plus créative, de contourner les partenaires conventionnels par la mise en place expérimentale d'un conventionnement entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Uncam, et le Conseil national de l'ordre des médecins, le CNOM, afin de développer des mesures incitatives à l'installation dans les zones sous-dotées et de prévoir des conditions limitatives d'accès au conventionnement en d'autres points du territoire.

La commission n'est pas favorable à la définition de mesures restrictives au conventionnement, ne serait-ce qu'en raison de leur faible efficacité en pratique, voire de leur caractère contre-productif.

Plusieurs professions de santé ont mis en place un conventionnement collectif. Dans certains territoires, il en a résulté d'importants effets de seuil : les professionnels s'installent à la marge des zones sous-denses, tout en exerçant dans d'autres zones.

Certains pays comme l'Allemagne et le Canada ont également développé des mesures de conventionnement sélectif. Cela a favorisé l'éclosion d'une médecine à deux vitesses à grande échelle, de nombreux praticiens ayant décidé de se conventionner auprès d'assurances privées.

La rédaction proposée par les amendements identiques n° 423 et 438 rectifié *bis* me paraît néanmoins intéressante. En inscrivant la définition de l'objectif de réduction des inégalités territoriales dans l'accès aux soins, elle fait un pas symbolique, tout en laissant une large marge de manœuvre aux partenaires conventionnels. Cette rédaction est, par ailleurs, proche de celle que le Sénat avait adoptée à l'article 12 *quater* A du dernier projet de loi concernant le système de santé.

La commission émettra donc un avis favorable sur les amendements identiques n° 423 et 438 rectifié *bis*, mais un avis défavorable sur tous les autres.

Enfin, monsieur le président, je demande le vote par priorité des amendements identiques n° 423 et 438 rectifié *bis*, en application de l'article 44 de notre règlement.

M. le président. Je suis saisi, par la commission, d'une demande de vote par priorité des amendements identiques n° 423 et 438 rectifié *bis*.

Aux termes de l'article 44, alinéa 6, du règlement du Sénat, la priorité est de droit lorsqu'elle est demandée par la commission saisie au fond, sauf opposition du Gouvernement.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Favorable.

M. le président. La priorité est ordonnée.

Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements en discussion ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, un certain nombre d'entre vous l'on dit, au cours des dix dernières années, des amendements similaires ont été présentés et systématiquement rejetés.

Au cours de cette période, quatre ministres de la santé se sont succédé, de droite comme de gauche – Roselyne Bachelot, Xavier Bertrand, Marisol Touraine et moi-même. Je ne pense pas que nous ayons la même vision de l'offre de soins, ni les mêmes opinions. Le fait que tous les ministres de la santé aient refusé ces amendements doit donc vous interroger collectivement.

Pourquoi n'y sommes-nous pas favorables ? Aujourd'hui, les jeunes médecins ne veulent plus s'installer en exercice libéral. Nous avons d'ailleurs examiné, au cours de nos débats, toutes sortes d'amendements visant à faire redécouvrir l'exercice libéral. Les jeunes médecins ne souhaitent pas s'installer ; le constat est bien ancré dans les esprits.

Par cohérence, nous cherchons à rendre l'exercice libéral plus attractif, en diversifiant les offres de stages et en formant les médecins à la gestion – je me réfère là à certains amendements –, parce que cet exercice libéral est boudé par les jeunes professionnels.

Les chiffres sont là : seuls 5 % des jeunes médecins souhaitent s'installer à la fin de leurs études, tandis que 15 % d'entre eux souhaitent le faire trois ans après la fin de leurs études. Notre difficulté est de rendre l'installation attractive.

Comment imaginer qu'un médecin obligé de s'installer aura une pratique de qualité ? Peut-être n'aura-t-il pas envie de travailler à temps plein. Il ne sera peut-être pas forcément très bienveillant et arrêtera son exercice libéral dès que l'occasion lui sera donnée d'avoir un exercice salarié. Nous le savons, 20 % des médecins cessent leur exercice au cours de leur vie. Le problème est donc de fidéliser l'exercice médical des médecins et de fidéliser l'exercice libéral des jeunes médecins.

Monsieur Raison, au travers de l'amendement n° 147, vous proposez un conventionnement uniquement dans les zones sous-denses.

L'Allemagne a testé ce dispositif, dont l'effet a été immédiat : un certain nombre de médecins se sont installés sans être conventionnés. Or il y a aujourd'hui un tel manque de médecins en médecine générale partout en France que des médecins non conventionnés trouveraient une clientèle. Une telle mesure favoriserait donc un exercice déconventionné qui nuit aux malades et aux citoyens.

Certes, le dispositif ne nuirait pas aux médecins, qui trouveraient une telle patientèle. Mais il contribuerait au développement d'une médecine à deux vitesses. En Allemagne, ces médecins se sont installés aux frontières des zones sous-denses, pour attirer les patients des zones les plus denses.

Messieurs Joël Bigot, Jean-François Longeot et Michel Vaspert, les amendements identiques n^{os} 179 rectifié, 422 et 437 rectifié *ter* visent à restreindre la liberté d'installation.

Je le répète, seulement 5 % des jeunes médecins veulent s'installer. Nous pouvons en être certains, si l'on restreint encore plus la liberté d'installation, ce pourcentage deviendra nul, comme cela a été le cas en Allemagne, ce qui ne favorisera pas l'accès aux soins.

Parallèlement, il y a aujourd'hui des milliers de postes salariés vacants : ils représentent 27 % des postes dans les hôpitaux publics, sans parler de tous les postes vacants dans les centres de PMI, en médecine du travail, en médecine scolaire ou dans l'industrie pharmaceutique.

Tout le sens de la loi qui vous est proposée, mesdames, messieurs les sénateurs, c'est non pas d'obliger, mais de rendre attractif l'exercice libéral en zone rurale, notamment avec la découverte de la diversité des lieux d'exercice professionnel. Il s'agit de donner le goût et l'envie de s'installer, sous la forme d'exercices coordonnés, notamment en maison de santé, en pôle de santé ou en centre de santé.

L'amendement n^o 232 rectifié *quater* de M. Bourquin a pour objet un conventionnement sélectif, renvoyé par la loi à la négociation conventionnelle. Cela aboutirait immédiatement à l'absence d'accord entre les partis. Ce ne serait pas la première fois que les syndicats de médecins ne signent pas une convention médicale ! Un tel dispositif ne fonctionnera donc pas.

Vous vous interrogez sur les raisons pour lesquelles toutes les autres professions de santé ont pu être régulées par le conventionnement sélectif.

La réponse est simple : toutes les autres professions de santé, hormis les orthophonistes – je me tourne vers Mme Cohen –, sont surdotées. Dans ce cas, pour garantir un revenu aux professionnels, il faut évidemment éviter qu'un nombre important d'entre eux ne s'installe au même endroit. La régulation permet en réalité d'assurer un revenu décent aux praticiens, qui ne disposent d'aucune autre solution, dans la mesure où il n'existe pas de postes vacants.

Vous avez évoqué certaines professions très sous-dotées, notamment la gynécologie, l'ophtalmologie et la pédiatrie.

Vous avez raison, le choix a été fait voilà quelques années de supprimer la gynécologie médicale. Nous le regrettons, car nous en payons aujourd'hui le prix.

Cette spécialité a été réintroduite dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales. Ainsi des gynécologues pourront-ils être de nouveau formés. Pour le moment, pendant une génération, les obstétriciens font de la gynécologie médicale, ce qui rend d'ailleurs difficile le recrutement d'obstétriciens dans les maternités.

Par ailleurs, face au manque de gynécologues, les médecins généralistes doivent être formés à la gynécologie médicale, et les sages-femmes ont le droit de faire des frottis et de suivre les grossesses non pathologiques des femmes. Ainsi convient-

il de mieux répartir la tâche entre d'autres professionnels, en attendant que des gynécologues médicaux sortent des facultés.

Pour ce qui concerne l'ophtalmologie, qui est également en difficulté, les autres pays se sont organisés différemment, en répartissant la filière optique sur d'autres professionnels de santé, notamment les orthoptistes, ce qui permet de déléguer certaines tâches dans le cadre de la prescription de lunettes. C'est également ce que nous proposons dans le projet de loi, à savoir une meilleure répartition de la tâche entre les différentes professions de santé de la filière ophtalmologique.

S'agissant de la pédiatrie, enfin, vous le savez, les médecins généralistes y sont désormais obligatoirement formés.

Selon vous, il suffit de traiter les questions de surdité médicale. Mais qui parmi vous considère qu'il y a aujourd'hui suffisamment de médecins ? (*Murmures sur les traverses du groupe socialiste et républicain.*) Sans doute personne ! En effet, pour ce qui concerne les médecins généralistes, la France entière est sous-dotée. Certes, quelques villes sont surdotées pour certaines spécialités, mais je ne pense pas que la régulation de l'installation de quelques cardiologues à Nice, par exemple, permettra de régler le problème de la désertification médicale.

Un tel raisonnement ne tient pas : la démographie médicale fait qu'il n'existe aujourd'hui en France aucune zone surdotée.

Monsieur Bigot, avec l'amendement n^o 178 rectifié *bis*, vous vous interrogez sur les conséquences de la suppression du *numerus clausus*. Mais en quoi l'augmentation du nombre de médecins permettra-t-elle une meilleure installation sur l'ensemble du territoire ?

Je le rappelle, par la suppression du *numerus clausus*, nous souhaitons diversifier le profil des médecins formés et non pas augmenter considérablement leur nombre. En effet, celui-ci a déjà plus que doublé depuis 2005. Nous formons déjà 9 000 médecins. Si nous en formions 10 000, cela ne changerait pas la donne.

Nous le savons, à compter de 2027, la démographie médicale augmentera de nouveau considérablement. Nous sommes aujourd'hui confrontés à un creux démographique. L'augmentation du *numerus clausus* depuis 2005 produira bientôt ses effets.

Qu'est-ce qui permet l'installation des médecins ? C'est l'attractivité des territoires ! L'exercice libéral en zone sous-dense peut devenir attractif grâce à l'organisation de lieux d'accueil et de lieux de stage qui donnent envie aux médecins de rester. C'est notamment ce qu'on observe dans les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Vous avez également évoqué l'amendement défendu par M. Guillaume Garot à l'Assemblée nationale, qui visait un conventionnement sélectif, selon que les médecins sont conventionnés en secteur 1 ou secteur 2.

Une telle proposition ne présente pas grand intérêt, dans la mesure où 99 % des médecins généralistes sont déjà en secteur 1. Pour la médecine de spécialité, une telle mesure inciterait les médecins conventionnés en secteur 2 à s'installer en zone sous-dense, c'est-à-dire là où les populations rencontrent le plus de difficultés financières, alors que les médecins conventionnés en secteur 1 s'installeraient en zones mieux dotées. Quelle étrange régulation ! Je ne pense pas que tel soit votre objectif.

Quant à l'amendement n° 421, il prévoit un conventionnement sélectif en zones surdotées. Pour ma part, je ne connais pas de zones surdotées ! Quel territoire peut aujourd'hui se permettre de refuser des médecins ? Si une telle mesure a fonctionné pour les infirmiers, c'est tout simplement parce que cette profession est surdotée !

Ainsi, 30 % du territoire sont en zones surdenses pour les infirmiers ; 12 % pour les kinésithérapeutes – cette profession connaît une dynamique démographique très forte –, 12 % pour les sages-femmes et 12 % pour les orthophonistes.

Toutefois, je ne connais pas de zone surdense pour ce qui concerne la médecine générale. Dans la mesure où la situation démographique des médecins est totalement inverse de celle des autres professions de santé, le conventionnement sélectif ne fonctionne pas pour les premiers, comme l'ont d'ailleurs montré les exemples de l'Allemagne et du Canada.

L'amendement n° 423 tend à renvoyer à la négociation conventionnelle pour lutter contre les déserts médicaux. C'est exactement ce que nous avons fait, monsieur Longeot, bien que nous ne l'ayons pas inscrit dans la loi.

En effet, la négociation conventionnelle avec les syndicats des professionnels de santé concernera les CPTS, les communautés professionnelles territoriales de santé, qui auront – c'est leur cahier des charges – une responsabilité nouvelle, territoriale et populationnelle.

Je le rappelle, les médecins ont aujourd'hui simplement la responsabilité individuelle de leur patientèle. On ne peut pas demander à un médecin isolé d'avoir une responsabilité populationnelle. À l'inverse, dans les CPTS, le collectif de professionnels de santé s'engagera sur une responsabilité de type. Le cahier des charges a été négocié dans la convention médicale ; il vise à garantir l'accès de chaque citoyen à un médecin traitant, à assurer l'accès à des soins non programmés et à faire de la prévention.

Ce cahier des charges est en bonne voie, puisque j'attends aujourd'hui sa signature par les syndicats médicaux.

Une seconde négociation a porté sur les assistants médicaux, dont la création vise aussi à lutter contre les déserts médicaux. Nous avons prévu de financer, dès cette année, 4 000 postes d'assistants médicaux, pour décharger les médecins du travail administratif ou sans valeur ajoutée. Il s'agit de leur faire gagner du temps pour qu'ils puissent prendre plus de patients.

L'amendement n° 438 rectifié *bis* vise un conventionnement sélectif pendant trois ans sous la forme d'une expérimentation. Il est fort à parier que les jeunes attendront trois ans avant de s'installer. Une telle disposition me semble donc contre-productive.

Vous dites, monsieur Vaspart, que tous les maires évoquent la pénurie des médecins. Oui, la France entière parle aujourd'hui de cette pénurie. Le constat ne fait pas la solution !

La solution pour lutter contre les déserts médicaux, c'est ce que je vous propose aujourd'hui dans ce projet de loi. Son adoption permettra de mieux organiser les soins de premier recours, en permettant une meilleure répartition des tâches entre les professionnels de santé. Quant à la disposition proposée au travers de votre amendement, elle ne fera qu'aggraver la situation, comme cela s'est produit en Allemagne et au Canada.

L'ensemble de ce projet de loi vise à responsabiliser les acteurs de terrain en matière de couverture médicale d'une population et d'un territoire, comme vous le demandez. Tel est l'objet des CPTS.

À cet égard, permettez-moi de rappeler que les 4 000 postes d'assistants médicaux qui seront créés, associés aux autres mesures que nous proposons, correspondent à 3 millions de consultations, soit l'équivalent de plus de 800 équivalents temps plein de médecins généralistes.

La dynamique est donc lancée. Il faut redonner du temps médical au médecin, comme cela vous est proposé par ce projet de loi. Il n'existe aucun remède miracle, nous le savons.

C'est la raison pour laquelle, depuis dix ans, les ministres de la santé qui se sont succédé ont refusé ce type d'amendements. Le remède miracle que vous proposez est une fausse bonne idée, puisqu'il aboutit à un effet exactement inverse à celui qui est recherché : en dégoûtant les jeunes de l'exercice libéral, il est contraire à vos objectifs. Tout ce que nous proposons dans ce projet de loi, c'est du pragmatisme.

C'est pourquoi le Gouvernement est défavorable à tous ces amendements.

M. le président. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour explication de vote sur les amendements identiques n°s 423 et 438 rectifié *bis*.

Mme Nadia Sollogoub. Madame la ministre, je suis tout à fait en accord avec ce que vous venez de nous exposer.

Nous nous énervons sur des sujets de répartition territoriale qui n'ont pas lieu d'être, parce que nous n'avons pas assez de médecins. Nous nous rejoignons tous sur ce constat, qui est parfaitement clair.

Je me permets tout de même d'insister sur la difficulté rencontrée pour former des médecins. Sans doute convient-il de travailler dès aujourd'hui sur ce point. Avons-nous suffisamment de professeurs de médecine ? Est-ce que nous ne nous apercevons pas, dans dix ans, que nous avons laissé passer le train ? Pourquoi tous les pays du G7 sont-ils dans la même situation ? S'agit-il d'une solution pour rembourser moins de frais de santé aux populations ? Quoi qu'il en soit, la pénurie est là. Ainsi, la répartition territoriale est un non-problème, puisqu'il y a aujourd'hui peu de médecins à répartir.

Malgré tout, je voterai les amendements de la commission du développement durable, et ce pour une bonne raison. En effet, si peu de territoires sont surdotés – ils ne représentent que 2 % ou 3 % du territoire et sont concentrés dans quelques villes –, il ne paraît pas très grave de ne pas accorder aux médecins qui s'y installent les mêmes conditions avantageuses destinées à rendre d'autres territoires attractifs, pour surmonter l'appréhension à l'installation.

Le problème n'est pas plus grave que ça ! Ce n'est pas une révolution, cela n'entrave pas la liberté d'installation des médecins, ou alors de façon tout à fait minime. Au demeurant, je ne suis pas persuadée que les cohortes d'étudiants en médecine ont toutes envie de s'installer à Nice ou à Cannes.

Très franchement, nous nous compliquons les choses, alors qu'il s'agit d'un tout petit sujet. Par principe, je voterai ces amendements.

M. le président. La parole est à M. Franck Menonville, pour explication de vote.

M. Franck Menonville. Nous voterons nous aussi ces amendements. En effet, il faut absolument allier liberté d'installation et égal accès des soins, droit qui n'existe plus dans un certain nombre de territoires. Il est donc nécessaire d'encadrer le conventionnement en secteur hyperdense.

Certes, nous pourrions revenir sur la définition de secteur hyperdense, car il existe une grande disparité en matière de densité médicale dans notre pays. Le déséquilibre démographique médical fragilise l'attractivité des territoires, y compris pour des professionnels comme les pharmaciens.

Soyons donc volontaristes en la matière ! Les votes du Sénat hier vont dans ce sens, il faut le souligner.

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Je prends acte de la priorité de vote accordée aux amendements identiques n^{os} 423 et 438 rectifié *bis*. Mais d'autres amendements vont un peu plus loin, et j'aurais aimé que nous puissions les examiner.

Je vous rejoins sur un point, madame la ministre : il y a effectivement toute une palette de mesures à adopter pour réguler l'installation des médecins sur notre territoire et lutter contre les déserts médicaux. Il faut par exemple lutter contre le recul des services publics. En effet, aucun médecin n'acceptera volontiers de s'installer dans une zone rurale qui a vu tous ses services publics ficher le camp, si je puis m'exprimer ainsi.

Il existe également un problème salarial. Les professions du milieu hospitalier pourraient être rendues un peu plus attractives.

Tous ces amendements, madame la ministre, visent à instaurer un conventionnement sélectif, même si le curseur est placé à différents niveaux. Cela témoigne d'un consensus nouveau sur ce sujet, qui mériterait d'être examiné.

Le conventionnement sélectif est-il sans effet secondaire ? Sans doute pas ! Mais les autres dispositifs sont également dans ce cas. Les maisons de santé pluridisciplinaires ou les pôles libéraux de santé ambulatoire nous montrent que les médecins s'installent aux confins d'une zone déficitaire. Les zones franches ont suscité les mêmes effets. Pour autant, ne faut-il pas expérimenter de nouvelles solutions, comme il est proposé dans certains amendements ? Selon moi, cela vaudrait vraiment la peine.

Vous citez des exemples étrangers. Précisément, prenons appui sur les limites de ces expériences pour éviter ce qui s'est passé en Allemagne, en empêchant le conventionnement par des assurances privées.

Nous avons eu un débat intéressant, me semble-t-il, sur les contrats d'engagement de service public. Il a permis de montrer que ce dispositif n'était pas totalement efficace. Toutefois, il monte en puissance, et il paraît donc intéressant de poursuivre son expérimentation.

J'estime que nous devrions également expérimenter le conventionnement sélectif, d'autant que la levée du *numerus clausus* dessinera de nouveaux enjeux : comment régulerons-nous l'installation des nouveaux médecins que nous allons former ? C'est un enjeu nouveau, qui mérite une approche nouvelle.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Sueur, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Sueur. Madame la ministre, cela m'a frappé, les arguments que vous avez développés permettent d'aboutir à une conclusion totalement opposée à la vôtre.

Vous avez commencé par nous dire que quatre ministres successifs, dont vous-même, avaient adopté la même position. C'est vrai ! Mais à partir de ce constat, ne pourrait-on pas en arriver à la conclusion qu'il est temps de changer de position ? En effet, si cela ne marche pas, pourquoi refuser de changer d'orientation ? (*M. Loïc Hervé applaudit.*)

Par ailleurs, vous nous avez dit, et j'espère vraiment que ce propos a dépassé votre pensée : « Imaginez-vous que des médecins qui seront obligés d'aller à un certain endroit feront de la médecine de bonne qualité ? »

M. Martial Bourquin. Cette phrase est extraordinaire !

M. Jean-Pierre Sueur. Madame la ministre, alors que j'étais jeune député, j'ai reçu un jour un « comité des enseignants en exil ». Je les ai très mal reçus. Ils se plaignaient en effet d'avoir été nommés à Dunkerque. Je leur ai répondu que l'on avait aussi le droit, dans cette ville, d'apprendre les mathématiques et les autres disciplines.

Avec votre raisonnement, les enseignants nommés dans un endroit qui ne leur plaît pas feraient de l'enseignement de mauvaise qualité. Et les gendarmes et les policiers nommés là où ils ne veulent pas aller feraient de la police de mauvaise qualité. Un tel raisonnement met par terre tout ce qui s'apparente à un service public, et vous le savez. N'utilisez donc pas de tels arguments.

Selon vous, une négociation avec les médecins aboutira forcément à un mécontentement et à une protestation de leur part, pour défendre la liberté d'installation. Soit !

Cependant, madame la ministre, un jour arrivera où ce seront les citoyens qui manifesteront pour défendre leur droit à la santé et à l'égalité. Dans mon département, qui n'est pourtant pas loin de la région parisienne, nous avons cinq fois moins de médecins généralistes par habitant que dans un autre département de ce pays. Telle est la réalité !

L'intelligence humaine doit nous permettre de trouver des solutions, de telle manière que les professionnels soient amenés, d'une façon ou d'une autre, à aller là où l'on a besoin d'eux. Je le rappelle, nous n'avons jamais eu autant de médecins en France !

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue.

M. Jean-Pierre Sueur. Il est bien évidemment possible de trouver d'autres méthodes. Mais je suis sûr que vous m'avez compris, monsieur le rapporteur. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Compte tenu de la priorité demandée par la commission des affaires sociales, je souhaite rectifier l'amendement n^o 421, en supprimant son premier paragraphe, afin que nous puissions en discuter.

Il ne me paraît pas exact de dire qu'il n'existe pas de zones surdotées. Pour illustrer mon propos, permettez-moi de faire la comparaison des écarts de densité médicale : pour 100 000 habitants, on compte 610 médecins spécialistes à

Paris, contre – tenez-vous bien, mes chers collègues – 80 dans l’Ain, 78 dans la Meuse ou encore 70 dans le département de l’Eure. Ces chiffres sont particulièrement parlants !

L’Allemagne a inscrit dans sa loi fondamentale le principe de la liberté d’exercice et d’établissement. Pourtant, cela n’a pas empêché le législateur allemand de restreindre fortement la liberté d’installation, au nom de l’égal accès aux soins, y compris, très récemment, par une loi de mai 2019, qui donne plus de pouvoir aux *Länder* pour planifier la répartition des médecins.

Par conséquent, je vous invite, mes chers collègues, à voter ces amendements. Ce serait adresser un signal fort à nos concitoyens, en leur montrant que la Haute Assemblée, chambre des territoires, a véritablement pris en compte la mesure du problème de l’accès aux soins.

M. le président. Je suis donc saisi d’un amendement n° 421 rectifié, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l’aménagement du territoire et du développement durable, et qui est ainsi libellé :

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-* – 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. »

La parole est à M. Claude Bérit-Débat, pour explication de vote.

M. Claude Bérit-Débat. Madame la ministre, mes chers collègues, cette série d’amendements défendus par des groupes politiques différents témoigne d’une analyse identique de la situation sur nos territoires, notamment ruraux, où la désertification n’est pas une idée en l’air, mais une réalité. Dans un département rural comme le mien, la Dordogne, nous avons des cantons qui n’ont plus de médecins.

Vous nous dites, madame la ministre, qu’avant vous d’autres ministres de sensibilités différentes ont eu la même réaction devant de telles propositions, qui émanaient notam-

ment de la commission de l’aménagement du territoire et du développement durable. Mais cela ne signifie pas qu’il faut y renoncer ! Comme l’a dit excellemment mon collègue Jean-Pierre Sueur, on peut vous retourner l’argument.

J’y insiste, nous avons l’impression de ne pas être entendus. Ces amendements sont issus de membres de la commission du développement durable et de l’aménagement du territoire, qui constatent qu’il n’existe pas d’égalité de soins entre tous les territoires.

La priorité demandée par le président de la commission, si elle est de droit – le règlement, en l’espèce, a bien entendu été respecté –, nous prive de débat sur ces sujets qui nous préoccupent tous, et en particulier sur les dispositifs que nous avons proposés. Ainsi ne pourrions-nous pas échanger sur un problème avec lequel nous vivons tous sur nos territoires respectifs.

Bien entendu, nous voterons les deux amendements qui ont recueilli un avis favorable de la commission, et j’espère que le président de la commission répondra positivement à la demande du rapporteur pour avis Jean-François Longeot ; ainsi pourrions-nous débattre du conventionnement sélectif comme mesure non coercitive d’encouragement à l’installation de médecins dans les zones peu denses.

M. le président. La parole est à Mme Angèle Prévaille, pour explication de vote.

Mme Angèle Prévaille. Un mot, en préambule : heureusement que les professeurs sont des fonctionnaires, qu’ils sont nommés et qu’ils se rendent là où ils sont nommés ! Si tel n’était pas le cas, nous aurions à affronter une problématique de déserts scolaires ! (*Protestations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

Vous nous brossez par ailleurs, madame la ministre, un portrait assez dévastateur et terrible des jeunes médecins, qui sont presque dépeints comme des enfants gâtés.

J’espère qu’il y a toujours parmi eux des jeunes habités par leur vocation, la foi chevillée au cœur, désireux d’exercer leur profession en quelque lieu que ce soit. Le serment d’Hippocrate a-t-il encore un sens pour eux ? On a déjà fait beaucoup pour rendre leur installation attractive : on leur a déroulé le tapis rouge, ou presque. Résultat : la réalité, sur le terrain, continue de nous interpeller.

Il est plus que temps de réagir et de remédier à ce problème que sont les déserts médicaux. C’est un fait : la répartition des médecins n’est pas équitable sur le territoire. Cela ne pose-t-il pas un grave problème de santé publique ?

Dans mon département, qui n’est, en la matière, qu’un parmi d’autres – il s’agit d’un territoire très rural –, cela pose notamment le problème des personnes âgées qui vivent encore à leur domicile, sont souvent seules, et qui ont impérativement besoin de médecins installés à proximité et en mesure, si nécessaire, de se déplacer. À défaut, le risque de catastrophe sanitaire est grand.

Au-delà de ce risque, cette situation induit des inquiétudes pour tout le monde ; elle nécessite de la part des élus une dépense d’énergie littéralement colossale pour élaborer des solutions tous azimuts – j’ai été interpellée sur mon territoire, et j’ai vu toutes les initiatives qu’ils engagent. Cela les occupe beaucoup – beaucoup trop, au regard de ce qu’ils ont à faire par ailleurs.

Ces propositions, nous les formulons en responsabilité, madame la ministre, devant l'urgence du problème à résoudre. Que le problème se pose dans les mêmes termes dans les pays voisins résout-il nos difficultés? C'est ici et maintenant qu'elles se posent! (*M. Jean-François Husson s'exclame.*)

Vous pouvez comprendre que l'on ne peut laisser cette situation en l'état: il nous est impossible d'accepter une médecine à deux vitesses, ni qu'une part de plus en plus importante de nos concitoyennes et de nos concitoyens ne se soigne plus en raison du manque de médecins et de spécialistes.

Mme Laurence Rossignol. C'est un vrai sujet!

Mme Angèle Prévile. C'est une nécessité absolue; pour être juste, madame la ministre, vous devez, au nom de l'équité, revoir vos zonages lorsque l'on vous le demande, lorsque les élus vous interpellent. (*Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Très bien!

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Tissot, pour explication de vote.

M. Jean-Claude Tissot. Je ne répéterai pas les mots d'Angèle Prévile, auxquels je ne trouve rien à redire.

Madame la ministre, nous avons été plusieurs à déposer des amendements que vous avez refusés d'un revers de main; il s'agissait d'imaginer de quelle manière on pouvait encourager les médecins à s'installer sur des territoires en déprise. Aujourd'hui, vous refusez des amendements dont l'adoption pourrait contraindre les médecins à s'installer sur ces territoires.

Quelles sont, au total, les propositions que vous seriez en mesure d'accepter de la part des parlementaires que nous sommes? Je crains qu'il n'y en ait pas.

Qu'y a-t-il derrière les mots « déserts médicaux »? Des gens en souffrance; des personnes âgées qui, comme le disait Angèle Prévile, ne peuvent pas se déplacer pour aller dans les hôpitaux de proximité. Où vont donc ces gens? Aux urgences! C'est une problématique que vous avez rencontrée, que vous rencontrez, que vous rencontrerez: des grèves dans les services d'urgence et des arrêts de travail causés par des burn-out. En matière de santé, c'est le chaos qui guette notre pays.

Une remarque au passage, madame la ministre: vous dites qu'il faut rendre nos territoires « attractifs ». J'imagine que, par là, vous n'entendez pas les parterres de fleurs sur nos places publiques... Vous parlez de l'attractivité médicale – autrement dit, des hôpitaux locaux. Mais ces hôpitaux locaux, soit vous les fermez, soit vous les videz de leur substance: ici, on enlève la maternité, là, les urgences, là encore, les services de nuit, etc., etc.

Je suis désolé, mais la balle est vraiment dans votre camp! Vous seule, en vous saisissant des propositions que nous vous faisons, toutes travées confondues, pouvez répondre à cette fameuse question, à cette problématique bien réelle, qui est celle des déserts médicaux. (*Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Madame la ministre, le problème, quand je vous écoute, c'est que j'ai clairement le sentiment que les réponses que vous apportez restent en deçà du niveau nécessaire; à force, elles réveillent un débat entre les partisans et les contempteurs de la coercition – or ce débat est absolument délétaire.

Vous n'acceptez pas de l'entendre, mais la volonté qui vous anime et les dispositifs que vous proposez pour incarner la direction que vous avez choisie – admettons qu'elle soit la bonne – sont de toute façon insuffisants pour répondre à la question qui se pose dans nos territoires.

Je prendrai un seul exemple: vous n'abordez jamais la question de l'insuffisante professionnalisation de la formation. Or l'ordre des médecins vient de publier les dernières données de l'atlas de démographie médicale; il montre très bien comment cette insuffisante professionnalisation de la formation est à l'origine du délai très important entre la fin des études et l'installation.

Vous présentez un projet de loi qui contient un chapitre dédié à la formation, et vous n'abordez pas cette question! Vous ne la traitez pas! Vous ne mettez aucun dispositif significatif sur la table. Et la main que nous vous avons tendue hier soir, avec un amendement visant à modifier le troisième cycle pour y introduire, en fin de cursus, cette professionnalisation, vous la rejetez!

Comment peut-on travailler dans ces conditions? Vous nous mettez dans une situation impossible. Madame la ministre, je vous le dis très tranquillement: je serais ravi si l'adoption du projet de loi que vous nous présentez fait que, dans quatre ou cinq ans, le problème est à peu près réglé. Mais il ne le sera pas! Il le sera à l'échéance de l'évolution de la démographie médicale; mais l'impulsion que vous donnez est tout à fait insuffisante.

Je voterai – nous voterons – l'amendement de la commission du développement durable, mais ce débat ne sera évidemment pas clos. Et s'il ne l'est pas, c'est à cause de votre incapacité à écouter et à nous proposer des mesures plus volontaristes. (*Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à M. Raymond Vall, pour explication de vote.

M. Raymond Vall. Madame la ministre, bien des choses ont été dites. Je voudrais simplement ajouter, en toute franchise, que vous sous-estimez la gravité de la situation. (*Mme la ministre le conteste.*)

Le sort de votre loi est en train de se jouer sur cet amendement. Vous reconnaissez vous-même, en effet, que cette décision phare qu'est la suppression du *numerus clausus* ne produira pas d'amélioration concrète sur les territoires concernés – ils sont nombreux – avant cinq à sept ans.

Vous confirmez que tout ce qui a été fait jusqu'à présent n'a donné aucun résultat; et évidemment, cela a été dit, votre plaidoirie se retourne contre vous, parce que vous ne proposez rien.

Vous dites qu'il faut rendre les territoires attractifs; mais cela ne se fait pas d'un coup de baguette magique! Le problème, dans les territoires ruraux, c'est que nous n'avons pas la possibilité, par exemple, d'offrir un emploi à la compagne ou au compagnon du médecin qui pourrait être

intéressé ; c'est que nous avons des dizaines ou des centaines de maisons de santé qui n'ont pas de médecins, et qui mettent les élus locaux dans des situations catastrophiques !

Nous sommes à la veille d'une nouvelle campagne électorale au cours de laquelle ce problème figurera parmi les sujets essentiels.

Votre projet de loi, je le voterai ; il contient des avancées, des dispositions intéressantes – c'est vrai. Mais, sur ce point précis, pourquoi ne pas accepter une mesure transitoire ? Nous demandons simplement que, pendant quatre ou cinq ans, une mesure transitoire de conventionnement sélectif puisse être mise en œuvre ! Vous pouvez tout de même prendre ce risque, au regard de l'échec de dix ans de politiques de santé.

Mme Michelle Gréaume. Trente ans !

M. Raymond Vall. J'affirme également, madame la ministre – d'autres collègues l'ont fait avant moi – que vos chiffres ne sont pas les bons. En Occitanie, nous avons environ 104 médecins pour 100 000 habitants. La moyenne nationale est de 90 médecins pour 100 000 habitants, mais les régions n'ont pas toutes les mêmes caractéristiques géographiques. La nôtre accueille 15 000 ou 20 000 habitants de plus chaque année, ce qui aggrave d'autant la situation.

Ce n'est pas parce que ce ratio est supérieur à la moyenne nationale que les médecins sont installés aux bons endroits. Ce problème, vous ne voulez pas le traiter. Sincèrement, c'est la perception de votre loi qui est en jeu en ce moment.

M. le président. La parole est à M. Martial Bourquin, pour explication de vote.

M. Martial Bourquin. Bien des choses ont été dites. L'incitation n'a pas fonctionné : tel est le problème qui nous est posé. On a cherché ; on a cru, tous gouvernements confondus, qu'en incitant on parviendrait à convaincre des médecins de s'installer dans ces espaces. Cela n'a pas marché !

La vraie question, qui est soulevée par la Cour des comptes, est celle du conventionnement sélectif. Ce n'est pas un gros mot ! L'Espagne l'a fait, depuis un bout de temps, le Royaume-Uni également ; l'Allemagne se lance aussi dans ce conventionnement sélectif, comme les Pays-Bas. Les pays d'Europe ont les mêmes problèmes que nous. Et, inévitablement, ils introduisent un minimum de contrainte.

Contrairement à l'idée qui est avancée, en effet, le nombre de médecins rapporté à la population, qui est d'environ 105 pour un million d'habitants, est comparable en France à ce qu'il est dans les autres pays d'Europe. C'est donc bien l'absence de contrainte à l'installation, et elle seule, qui explique le problème des déserts médicaux. Si ce problème est plus important en France, c'est justement parce que nous n'avons aucune contrainte.

Il faut aussi relativiser les contraintes en question : ces contraintes, beaucoup de fonctionnaires, y compris des hauts fonctionnaires, mais aussi d'autres professions médicales, vivent avec.

Imaginez que, dans le cadre de ce projet de loi Santé, on n'ose pas sauter ce pas. Que se passera-t-il dans quelques années ? Les déserts médicaux auront augmenté. Et quand des catastrophes sanitaires adviendront, qui feront peut-être des morts, la population aura le droit de se retourner contre nous, les parlementaires, qui n'aurons pas pris nos responsa-

bilités, au nom d'un dogme, celui de la liberté d'installation, qu'il faudrait respecter y compris lorsqu'existent des déserts médicaux.

Vous rendez-vous compte de ce que nous sommes en train de faire ? À regarder la situation en face, on se dit que le conventionnement sélectif est une obligation si l'on veut résorber ces déserts et sauver les territoires qui sont en mal de santé.

C'est pourquoi ces amendements sont importants, madame la ministre ; leur adoption pourrait donner à votre projet de loi une autre dimension ! (*Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste. – M. Raymond Vall applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Vincent Segouin, pour explication de vote.

M. Vincent Segouin. Je voudrais revenir sur l'incitation. En effet, depuis des années, madame la ministre, vous croyez à l'incitation.

Je rappellerai simplement ce que l'on offre à de jeunes médecins, dans le territoire de l'Orne, situé à moins de deux heures de Paris, pour qu'ils s'y installent : 50 000 euros leur sont versés dès leur installation ; ils bénéficient d'une exonération fiscale et sociale pendant cinq ans – ces avantages sont ensuite dégressifs au cours des trois années suivantes – et de loyers modérés, dans le cadre de prêts sociaux location-accession, ou PSLA – nous avons consacré beaucoup d'argent public à la création de structures que nous louons à des prix très modérés, de l'ordre de 8 euros le mètre carré. Ils tiennent la permanence des soins de 8 heures du matin jusqu'à 19 heures – ensuite, le SAMU prend le relais –, quatre jours par semaine.

Voilà pour les mesures incitatives. Que voulez-vous faire de plus, dans ce chapitre, pour promouvoir l'installation de jeunes médecins ?

Or nous ne parvenons pas à enrayer la désertification médicale ; nous sommes obligés de faire appel à l'Espagne pour trouver de nouveaux médecins. Nous faisons tout ce qui est imaginable, sans cesse, pour trouver des solutions nouvelles. Franchement, en matière d'incitation, je pense que nous avons tout essayé.

Il faut passer à autre chose ! Peut-être le terme « coercitif » ne plaît-il pas, et peut-être faut-il en trouver un autre. Mais il faut surtout trouver un moyen, qui ne sera pas l'incitation, pour que les médecins viennent régler notre problème de désertification médicale – je rappelle qu'il s'agit d'un problème majeur, puisque quelque 20 % des affiliés santé, aujourd'hui, n'ont plus de médecin. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain. – M. Max Brisson applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme Dominique Vérien, pour explication de vote.

Mme Dominique Vérien. Madame la ministre, je vais rebondir sur les propos de mon collègue. Il ne s'agit pas de coercition, en réalité : le médecin est bien libre de s'installer là où il veut. La seule différence, avec ce que nous proposons, c'est que, s'il s'installe là où des médecins exercent déjà en nombre suffisant, il ne sera pas conventionné.

M. Martial Bourquin. Absolument !

Mme Dominique Vérien. Libre à lui de faire le choix de cet exercice libéral qu'il revendique ! Je n'y vois aucune difficulté.

Il y a bien, en revanche, un choix concernant la façon dont on dépense l'argent public.

M. Alain Milon, rapporteur. Ce n'est pas de l'argent public!

Mme Dominique Vérien. Il est normal que l'argent public soit dépensé là où l'exige l'aménagement du territoire, donc que les dépenses soient ciblées sur les territoires qui en ont besoin.

On dépense déjà beaucoup d'argent public pour inciter les médecins à venir s'installer; dépensons-le désormais là où nous avons besoin que des médecins s'installent. Si des médecins souhaitent s'installer à Cannes ou à Nice, libre à eux! Il n'y a pas de raison que l'argent public les y aide. *(Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain.)*

M. Martial Bourquin. Très bien!

M. le président. La parole est à Mme Martine Filleul, pour explication de vote.

Mme Martine Filleul. Je souhaite rectifier l'amendement n° 178 rectifié *bis*, qui a été présenté et cosigné par les sénateurs socialistes de la commission de l'aménagement du territoire, MM. Joël Bigot, Claude Bérit-Débat et moi-même, afin de le rendre identique à l'amendement n° 421 de M. Longeot, tel que celui-ci vient lui-même d'être rectifié.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 178 rectifié *ter*, présenté par MM. Joël Bigot et Bérit-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllégatte, 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, et dont le libellé est strictement identique à celui de l'amendement n° 421 rectifié.

La parole est à M. Hervé Maurey, pour explication de vote.

M. Hervé Maurey. Je vais d'abord répondre à quelques-uns des propos de Mme la ministre; pas à tous, malheureusement, puisque je n'ai pas – c'est bien normal – le même temps de parole qu'elle.

Madame la ministre, vous nous expliquez que vos positions politiques diffèrent de celles de vos prédécesseurs; vous proposez pourtant exactement les mêmes remèdes!

M. Martial Bourquin. Très juste!

Mme Laurence Cohen. On ne peut pas continuer comme ça!

M. Hervé Maurey. On pourrait s'amuser à comparer les propos de Mme Bachelot, en son temps, et les vôtres: c'est exactement la même chose!

Mme Bachelot, ici même, en 2009, nous promettait que les choses seraient réglées dans les dix ans – je tiens ses déclarations à votre disposition. Vous ne nous dites certes pas que le problème sera réglé en 2019, et pour cause; vous nous dites qu'il le sera en 2025.

Vous nous dites également qu'il n'y a pas de zones surdenses. Mais, madame la ministre, si vous voulez, je vous trouve un rendez-vous chez un spécialiste, dans le quartier, dans moins d'une semaine! *(Mme Cathy Apourceau-Poly applaudit.)* Hier, j'ai rencontré un maire qui, dans mon département, avait obtenu un rendez-vous chez un ophtalmologue... en février prochain.

On nous explique que l'on risque, en France, d'avoir une médecine à deux vitesses. Mais ce n'est pas la médecine qui est à deux vitesses aujourd'hui; c'est la France! Les citoyens sont totalement inégaux devant l'accès aux soins; telle est la réalité.

Quand vous nous dites que l'Allemagne a dû constater que la régulation était un échec, c'est totalement faux,...

M. Martial Bourquin. Totalement!

M. Hervé Maurey. ... et vous le savez très bien, puisque, très récemment, le 6 mai 2019 – ce n'est pas ancien! –, les Allemands ont voté une loi qui confirme la régulation et qui donne simplement un peu plus de pouvoir aux régions. Il faut donc cesser de nous dire des choses inexactes.

Comme mon collègue Jean-Pierre Sueur, je suis très choqué par l'argument selon lequel un médecin qui serait installé en un lieu où il n'avait pas envie d'aller soignerait mal ses patients.

Je l'ai d'ailleurs entendu, cet argument – je vais vous apprendre quelque chose, madame la ministre –, dans la bouche de Nicolas Sarkozy, pendant la campagne de 2012, et cela m'avait beaucoup choqué. J'ai suffisamment de respect pour les médecins pour ne pas imaginer un seul instant qu'ils soigneraient moins bien des patients au motif qu'ils seraient installés là où ils ne veulent pas être.

Je voterai évidemment tous ces amendements, car la preuve est faite, malheureusement, que l'incitation ne fonctionne pas. Aujourd'hui, on voit bien que nos concitoyens nous demandent des mesures fortes: le grand débat l'a montré, les sondages le montrent.

Surtout – ce sera ma conclusion –, je crains beaucoup que n'advienne demain un drame sanitaire dans ce pays. Quand vous avez à attendre des mois pour voir un spécialiste, en effet, il arrive que cela ne vaille même plus la peine, le jour venu, de se rendre au rendez-vous. Il y a là une véritable inégalité, que je ne puis admettre et dont je suis choqué que vous puissiez l'accepter! *(Applaudissements sur des travées du groupe Union Centriste, du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste. – M. Franck Menonville applaudit également.)*

M. le président. La parole est à M. Patrice Joly, pour explication de vote.

M. Patrice Joly. Vous nous avez dit, madame la ministre, que le manque de généralistes et de spécialistes affectait l'ensemble du territoire français. Mais c'est justement parce que les médecins sont en nombre insuffisant sur le territoire national que la question de la gestion de leur répartition se pose tout particulièrement.

C'est une gestion de la pénurie qui s'impose, de façon d'autant plus impérieuse que la situation dans laquelle nous sommes est bien celle qui vient d'être décrite par les collègues qui m'ont précédé.

C'est à cette situation que souhaitent répondre les auteurs des présents amendements, qui visent à instaurer des mesures volontaristes fondées en particulier sur les conventionnements. Je veux le redire ici, après d'autres: il est inconcevable d'entendre que des médecins auxquels on imposerait des choses travailleraient moins bien que s'ils étaient complètement libres en matière d'installation.

Cette discussion renvoie à ce qui a été dit sur la manière dont est perçu le travail des fonctionnaires. Il se trouve que je connais et que j'ai travaillé avec des fonctionnaires, sur le plan professionnel et dans l'exercice de mes fonctions électives. Ceux que j'ai rencontrés étaient des gens très engagés, travaillant de manière très consciencieuse.

Il y a là un enjeu d'égal accès à la santé ; c'est particulièrement sensible dans des départements où l'état sanitaire de la population est médiocre, voire mauvais. Une telle situation aggrave l'enjeu de l'accès de ces populations à des médecins qui doivent être en nombre suffisant, et légitime encore un peu plus cette régulation attendue par tous.

Il y va de la responsabilité des autorités politiques en charge de la santé – les Français sauront apprécier. Il y va éventuellement de leur responsabilité judiciaire, qui, un jour ou l'autre, ne manquera pas d'être engagée. *(Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain.)*

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Je voudrais rappeler – sans doute ma voix sera-t-elle dissonante par rapport à toutes celles que nous venons d'entendre – que l'activité libérale perd du terrain.

En 2010, quelque 60 % des médecins choisissaient cette forme d'activité ; aujourd'hui, ce taux n'est plus que de 56 %. Je veux aussi citer de nouveau des chiffres que j'ai donnés hier, parce qu'il me semble tout à fait important de les avoir en tête : ils traduisent le peu d'appétence des médecins, aujourd'hui, pour le choix de la spécialité médecine générale. En 2010, les médecins généralistes étaient au nombre de 94 000 ; aujourd'hui, ils ne sont plus que 87 000.

Il s'agit de gérer cette pénurie. D'un point de vue mathématique, la solution ne viendra pas forcément des amendements qui sont proposés : leurs dispositions ne me paraissent pas fournir la solution.

Des départements comme l'Aveyron ont montré l'exemple – l'un de nos collègues l'a rappelé cet après-midi. Depuis déjà quelques années, un projet d'attractivité du territoire y a été mis en œuvre à destination des professionnels de santé. Aujourd'hui, les médecins qui s'y installent sont aussi nombreux que ceux qui partent. C'est exceptionnel ! D'autres départements, aujourd'hui, emboîtent le pas de l'Aveyron ; d'autres territoires plus petits, à l'échelon des communautés de communes, font de même.

Autrement dit, la solution ne vient pas forcément de mesures de régulation et de coercition : ce n'est pas ainsi que vous répondrez au problème du maire qui perd son médecin.

Vous savez très bien que l'on ne peut pas, aujourd'hui, remplacer un médecin par un médecin. Les jeunes professionnels veulent s'installer avec d'autres collègues, médecins ou exerçant d'autres métiers médicaux. Vous ne répondrez pas au problème en appliquant une logique du « un pour un ».

Le défi est plutôt de préparer les territoires, en réfléchissant notamment à la mise en œuvre de contrats locaux de santé. Je puis vous citer des territoires qui en sont déjà à leur troisième contrat local de santé ; ils ont pu ainsi créer une véritable dynamique et intéresser de nouveaux professionnels de santé.

La quasi-totalité de mes collègues du groupe Union Centriste votera ces amendements ; nous serons quelques-uns, néanmoins, à nous abstenir.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste voteront ces amendements.

Nous partageons toutefois le sentiment que leur adoption ne réglerait pas le problème que nous avons à affronter, celui des déserts médicaux. Je suis d'accord pour dire qu'il n'y a pas une seule solution, même s'il faut bien sûr expérimenter la proposition contenue dans ces amendements.

Mes chers collègues, je suis particulièrement satisfaite d'entendre nombre d'entre vous faire leur autocritique s'agissant d'une politique qui a été menée depuis trente ans, et qui nous conduit là où nous en sommes aujourd'hui. C'est une bonne chose !

J'aimerais, tout à l'heure, que vous n'ayez pas la mémoire courte et que vous vous rendiez compte que les déserts médicaux ne sont pas sans rapport avec le maillage hospitalier. Dans quelques heures, nous examinerons notamment les articles 8 et 9, qui organisent, je l'ai dit, la gradation des soins, privant d'urgences et d'un certain nombre d'autres services les hôpitaux de proximité.

Pensez-vous que les médecins libéraux pourront et accepteront de s'installer dans des territoires qui sont très éloignés de tout centre hospitalier ? Pensez-vous qu'ils pourront et voudront s'installer là où un maillage de médecine collective – je pense par exemple aux centres de santé – fait défaut ?

J'attire votre attention sur ce point, mes chers collègues, car il faut être logique jusqu'au bout. Les solutions sont multiformes ; il faut penser aux aspirations qui sont celles des médecins et des patients aujourd'hui. Alors que nous menons, ce soir, une réflexion extrêmement importante, nous devons veiller à bien marcher sur deux pieds. Notre responsabilité de parlementaires, en la matière, est engagée.

Nous vous proposerons tout à l'heure une définition de l'hôpital de proximité, par exemple, qui n'a aucun rapport avec le projet porté par le Gouvernement. J'espère que, le moment venu, vous vous rappellerez cette discussion sur les déserts médicaux ; je pense en effet que plusieurs solutions coordonnées peuvent, peu à peu, tisser un meilleur maillage des professionnels de santé sur notre territoire.

M. le président. La parole est à M. Bernard Delcros, pour explication de vote.

M. Bernard Delcros. Notre collègue Élisabeth Doineau a eu raison de rappeler qu'il n'y avait pas de solution miracle à la situation que connaissent les territoires. Il n'empêche que nous avons une obligation : tenter d'apporter une réponse, en urgence, à la situation que connaissent certains territoires par manque de médecins – certains d'entre eux sont aujourd'hui au bord de la rupture.

Nous sommes donc dans l'obligation d'agir, sans pouvoir anticiper totalement, bien, les effets de nos efforts. Or je ne vois pas comment on pourra réussir à apporter une réponse à cette situation d'urgence sans mettre en place un dispositif de régulation de l'installation des médecins sur le territoire national.

M. le président. La parole est à M. Hugues Saury, pour explication de vote.

M. Hugues Saury. Madame la ministre, je dois avouer que je n'ai pas été convaincu par vos arguments.

Vous avez cité un certain nombre de professions de santé : les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les sages-femmes, en précisant que ces professions étaient surdotées. Il y en a une que vous n'avez pas citée : celle de pharmacien. Or les pharmaciens sont dans une situation qui, à mon sens, est particulière, pour deux raisons.

D'une part, leur répartition forme un maillage démographique ; on ne rencontre nulle part, sur le territoire français, de problème de désertification pharmaceutique, me semble-t-il.

D'autre part, ils sont soumis à un *numerus clausus* d'installation depuis plus de soixante-dix ans. La situation, auparavant, était assez analogue à celle que nous connaissons aujourd'hui dans les villes-centres de nos départements, où chacun peut constater la coexistence de plusieurs pharmacies dans la même rue. Il y avait, à l'époque, peu de pharmacies dans les campagnes ; d'où cette mesure, qui visait à organiser une répartition harmonieuse des pharmacies.

Soixante-dix ans plus tard, le constat est celui, précisément, d'une bonne répartition des officines sur l'ensemble du territoire, contrairement à ce qui se passe pour la profession médicale.

Les arguments qui sont avancés aujourd'hui ne me semblent pas recevables pour nos concitoyens. Vous le savez, madame la ministre : la désertification médicale est une des difficultés majeures auxquelles sont aujourd'hui confrontés les Français. Ils nous le disent ; ils l'ont dit à l'occasion du grand débat.

Je pense qu'ils ne se contenteront pas de demi-mesures qui, à mon sens, n'arrangeront rien, ni à cinq ans ni à dix ans. Il faut des mesures de régulation beaucoup plus fortes si nous voulons régler ce problème majeur pour notre pays.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Tout à fait !

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Le *numerus clausus* ne date effectivement pas d'hier. Il existe depuis vingt-cinq ans. Et nous en subissons les conséquences aujourd'hui.

L'adoption de l'amendement intergroupe, qui avait reçu hier l'avis favorable de M. le rapporteur, aurait permis de régler à l'avenir une partie des problèmes dans les zones concernées. Bien entendu, il aurait fallu organiser l'encadrement, avec un maître de stage et un médecin référent. Le règlement se serait effectué tranquillement.

Le refus d'un tel dispositif ne nous laisse plus beaucoup de choix. En tant que sénateurs, lorsque nous retournerons dans nos territoires, nous verrons les pharmacies fermer parce que les médecins seront partis. Il va y avoir des problèmes économiques énormes !

Nous pouvons opter pour une petite coercition, me semble-t-il, comme le proposent les auteurs de ces amendements. C'est ce qu'attendent les élus, les pharmacies et les habitants.

Je voterai donc ces amendements. J'espère que leur adoption permettra de stimuler la réflexion et de revenir ainsi sur la position qui a été retenue hier.

Madame la ministre, vous proposez des médecins salariés, qui pourront aller dans certains endroits, mais ce n'est pas suffisant. De même, les annonces sur les maisons de santé vont dans le bon sens, mais il faut aller plus loin. L'amendement qui n'a pas été adopté hier aurait pu apporter des solutions très concrètes. Il faut y revenir.

M. Philippe Mouiller. Bravo !

M. le président. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour explication de vote.

Mme Florence Lassarade. Mes chers collègues, je vous écoute depuis plusieurs heures. À l'instar d'Élisabeth Doineau, j'irai complètement à contre-courant de vos propos.

Vous présentez les jeunes médecins comme de mauvais sujets. J'espère qu'ils ne nous écoutent pas trop ce soir, faute de quoi il n'y en aura plus beaucoup pour vouloir s'installer dans les zones désertifiées : (*Mmes Élisabeth Doineau et Patricia Schillinger applaudissent. – Mme Marie-Noëlle Lienemann s'exclame.*) Imaginez-vous une seconde ce qu'ils peuvent ressentir en entendant que vous les traitez d'« enfants gâtés » ?

Ne devons réfléchir plus sérieusement – certes, ce n'est pas l'objet du présent projet de loi – sur les raisons pour lesquelles les médecins ne s'installent plus en libéral. La raison principale, c'est la rémunération ; il ne faut pas se le cacher.

Dans des spécialités que je connais bien, comme la gynécologie, la pédiatrie ou la psychiatrie, les praticiens sont à peine mieux payés que le généraliste, qui, lui, n'est pas payé du tout. Il ne faut pas s'étonner de l'absence de volontaire pour partir loin des grandes villes.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. Alors, que proposez-vous ?

Mme Florence Lassarade. Il faut s'occuper de la rémunération de mes collègues médecins ! Pour ma part, j'étais installée dans un désert médical. J'ai beaucoup donné et redonné. Je repense à ce que j'ai fait. Aujourd'hui, mes enfants ne voudraient pas se lever la nuit et se dévouer comme je l'ai fait.

Je regrette l'image que nous donnons du Sénat. Elle va à l'encontre des encouragements que nous devrions adresser aux jeunes médecins. (*Mmes Annie Delmont-Koropoulis et Catherine Deroche applaudissent.*)

M. le président. La parole est à M. Michel Vaspert, pour explication de vote.

M. Michel Vaspert. Monsieur le président, l'adoption des amendements identiques n^{os} 423 et 438 rectifié *bis*, qui doivent être mis aux voix en priorité à la demande de M. le rapporteur, ferait-elle tomber tous les amendements en discussion commune ? (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. Jean-Pierre Sueur. Oui ! C'est même à cela que ça sert !

M. le président. Non, pas tous les amendements.

M. Jean-Pierre Sueur. Presque tous !

M. Michel Vaspert. Quels seraient les amendements qui deviendraient sans objet ? En effet, tout cela n'est pas très transparent...

M. le président. Mon cher collègue, l'adoption des amendements identiques n^{os} 423 et 438 rectifié *bis* rendrait sans objet les amendements n^{os} 147 rectifié *ter*, 366 rectifié *bis* et 228 rectifié *bis*.

M. Michel Vaspert. Ce n'est pas normal : ce ne sont pas des amendements identiques !

M. le président. La parole est à M. Dominique de Legge, pour explication de vote.

M. Dominique de Legge. N'étant pas issu d'une profession médicale, je ne suis pas un spécialiste des sujets dont nous discutons. Revenons donc à l'essentiel.

Nous sommes, me semble-t-il, tous attachés au principe de la médecine libérale, qui implique la liberté d'installation du praticien. Le corollaire de ce principe, c'est la liberté pour chacun de choisir son médecin ; encore faut-il qu'il y en ait un !

Madame la ministre, je veux bien vous faire confiance lorsque vous affirmez que les mesures coercitives ne sont pas efficaces.

Toutefois, nous sommes dans une assemblée politique. Il me semble important d'envoyer un signal, pour indiquer que l'installation des médecins doit, dans la mesure du possible, être en adéquation avec les besoins des patients sur les territoires.

C'est pourquoi je souhaite l'adoption des deux amendements identiques sur lesquels M. le rapporteur a émis un avis favorable. Je ne comprends pas pourquoi vous vous obstinez à les refuser, alors que vous avez expliqué qu'ils étaient totalement en phase avec l'esprit et l'objet de votre projet de loi. (*Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains.*)

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. Permettez-moi de vous livrer un témoignage : médecin généraliste, c'est le plus beau des métiers ! S'il y a une activité que je ne regretterai pas d'avoir exercée dans ma vie, c'est bien celle de...

Mme Laurence Cohen. Sénateur ! (*Sourires sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. René-Paul Savary. ... médecin généraliste.

Nous étions alors confrontés aux mêmes interrogations au moment de l'installation. Lorsque j'ai choisi un territoire rural, mes anciens condisciples m'ont demandé ce que j'allais y faire, soulignant que, venant du monde rural, ils ne voulaient surtout pas y retourner.

C'était le même problème qu'aujourd'hui. Les territoires ruraux étaient moins bien vus. Certes, nous parvenions à surmonter ces difficultés, car le contexte était totalement différent.

Madame la ministre, vous vous enfermez. Vous nous avez fait rêver en proposant la suppression du *numerus clausus*, qui était effectivement un problème. Mais suppression de ce dispositif ne signifie pas nécessairement augmentation du nombre d'étudiants en médecine : dans certains endroits, il y en aura peut-être un peu plus ; ailleurs, il risque d'y en avoir moins. Une telle mesure ne règlera sans doute pas le problème. D'ailleurs, compte tenu de la durée des études de médecine, il faudra attendre dix ans ou onze ans pour en voir les effets.

Quand je découvre des situations comme celle que notre collègue Vincent Segouin a décrite, les bras m'en tombent. Simplement, je ne suis pas certain que les mesures coercitives répondent aux besoins.

M. Vincent Segouin. Je n'ai pas dit cela !

M. René-Paul Savary. Dès lors qu'il n'y a pas suffisamment de médecins, les praticiens préféreront partir se faire salarier ailleurs plutôt que de s'installer là où ils n'en ont pas envie.

La solution pour avoir rapidement plus de médecins dans nos territoires résidait dans l'amendement intergroupe qui a été refusé hier. La dernière année de professionnalisation permettrait d'avoir des médecins à côté des praticiens actuels, pour soigner nos patients.

Il faut une prise de conscience. La profession doit participer à la résolution du problème des inégalités territoriales. Madame la ministre, vous ne voulez pas du dispositif proposé par MM. Longeot et Vaspert, mais vous ne proposez aucune solution. C'est là que le bât blesse.

À mon sens, l'adoption des amendements identiques présentés par nos collègues, en tenant compte de l'avertissement que M. le rapporteur a émis, serait un premier pas susceptible de nous rassembler, au lieu de nous diviser.

Il sera ensuite temps d'observer les réactions du monde médical, pour, le cas échéant, prendre de nouvelles dispositions : je pense que nous en aurons l'occasion ! (*Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains, du groupe Union Centriste et du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. Je rebondis sur les propos de M. Savary. J'ai exercé la médecine générale pendant trente-cinq ans. Entre 1978, lorsque j'ai commencé, et 2014, lorsque j'ai arrêté, la situation a énormément changé : le métier, mais aussi la société.

Auparavant, on était généraliste jour et nuit, taillable et corvéable à merci. C'était comme cela. Aujourd'hui, pour remplacer un médecin généraliste de notre génération, il en faut deux. Nous connaissons les statistiques : il n'y a pas moins de médecins ; simplement, le temps médical consacré à chaque patient s'est réduit.

Je ne voterai pas ces amendements. Ce n'est pas une question de corporatisme : je les soutiendrais des deux mains si je pensais qu'un tel dispositif pouvait marcher. Mais, qu'il s'agisse de coercition ou d'incitation – vous m'excuserez de tout mettre dans le même sac –, je pense qu'aucune mesure ne marchera. En effet, la relation entre le médecin et le patient va continuer d'évoluer, et cela, à mon avis, dans deux sens.

D'une part, des actes aujourd'hui considérés comme médicaux seront pris en charge par des infirmiers ou des infirmières. Nous n'y échapperons pas. Est-ce une bonne ou une mauvaise chose ? Pour moi, ce n'est pas mauvais... faute de mieux.

D'autre part, la télémédecine va se développer. Honnêtement, et je suis en cela un homme de ma génération, ce n'est pas ma tasse de thé. Mais écoutons ce qu'en disent les médecins ou les patients, c'est-à-dire les « consommateurs de santé ».

M. Joël Labbé. Oh là là !

M. Michel Amiel. C'est pourtant bien de cela qu'il s'agit, mon cher collègue ! Les évolutions se font, et certaines pratiques finissent par être perçues comme normales.

La situation risque d'être extrêmement difficile pour les médecins pendant quinze ans ou vingt ans ; je pense par exemple aux collègues qui m'ont remplacé à mon cabinet médical. Mais, peu à peu, les choses vont évoluer, et les comportements changer.

Toutefois, aucune mesure, qu'elle soit coercitive ou incitative, ne sera véritablement efficace. Et dans les deux cas, nous n'adressons pas un signal très positif.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je souscris totalement aux propos de Mme Lassarade ou de MM. Savary et Amiel. Je partage un peu moins ceux de M. Jomier, même si je suis d'accord avec lui sur de nombreux points.

Nous parlons du déconventionnement. Toutefois, mes chers collègues, songez au signal que vous allez adresser aux jeunes médecins ou aux personnes désireuses de rejoindre cette profession en votant un tel amendement ; l'image sera catastrophique !

Admettons que vous adoptiez le déconventionnement. Le jeune médecin qui verra une zone conventionnée et une zone déconventionnée à trois kilomètres ira s'installer à un kilomètre et demi de la zone déconventionnée, ce qui lui permettra de travailler tranquillement dans les zones déconventionnées tout en étant toujours conventionné. Il pourra ainsi détourner le dispositif que vous proposez. *(Marques d'approbation sur les travées du groupe Les Républicains.)*

Au demeurant, imaginez un médecin acceptant d'être déconventionné. C'est seulement l'acte médical, et non la prescription, qui sera déconventionné. Le patient qui viendra le voir paiera vingt-cinq euros. Il ne sera pas remboursé par la sécurité sociale, mais il pourra l'être par une assurance privée avec laquelle le praticien aura signé un contrat de conventionnement. Nous retombons ainsi dans le piège des réseaux. Et si un médecin déconventionné vous prescrit des médicaments, des radios ou une hospitalisation, vous serez remboursé pour tout le reste, sans exception.

Le déconventionnement n'est donc certainement pas une bonne solution. En outre, nous mettrions le pied dans l'assurance privée et dans une médecine à deux vitesses. Le praticien se conventionnera avec une assurance privée et fixera un tarif, comme en Allemagne, de quarante-cinq euros au lieu de vingt-cinq. Le patient sera remboursé par l'assurance privée du praticien. Et ce dernier gagnera bien mieux sa vie que son collègue conventionné par la sécurité sociale, dont le tarif sera de vingt-cinq euros.

Par ailleurs, je n'ai pas beaucoup apprécié certains propos de M. Sueur.

Tout d'abord, je ne trouve pas très fair-play de faire rire sur un ministre. Au demeurant, quatre ministres successifs ont fait le même choix. Vous avez d'ailleurs soutenu la troisième de ces quatre ministres, cher collègue. *(M. Jean-François Husson applaudit.)* Vous avez même voté le dispositif qu'elle proposait.

Vous l'avez fait, car vous saviez qu'elle avait raison. Les ministres – cela vaut évidemment aussi pour Mme Buzyn – ne sont pas des imbéciles. Ils analysent la situation avant de parler. J'ai bien connu Mme Touraine comme Mme Buzyn. Toutes deux, lorsqu'elles travaillent sur un dossier, analysent le pour et le contre, puis agissent.

M. Martial Bourquin. Mais ça ne marche pas !

M. Alain Milon, rapporteur. Ça marche, monsieur Bourquin. D'ailleurs, je vous répondrai dans quelques instants ; je n'ai pas aimé non plus certains de vos propos.

On observe, on tranche et on vous propose. Si le déconventionnement et les mesures de coercition ne vous ont pas été proposés, c'est parce que cela ne marche pas.

M. Martial Bourquin. Cela n'a jamais été essayé !

M. Alain Milon, rapporteur. Je ne vous ai pas interrompu lorsque vous parliez, cher collègue. Je vous prie d'en faire autant à mon égard.

Monsieur Sueur, vous avez évoqué les enseignants et les policiers envoyés à Dunkerque.

Outre que votre comparaison n'est pas très gentille pour cette ville, je vous rappelle que les enseignants et les policiers sont des fonctionnaires. Or les médecins n'en sont pas encore.

Si vous voulez en faire des fonctionnaires, c'est votre droit le plus strict ; il faudra évidemment voter des lois en ce sens. Mais vous aurez ensuite besoin de trois médecins fonctionnaires pour remplacer un médecin libéral, puisque les fonctionnaires travaillent trente-cinq heures par semaine, et ils ont raison. Vous verrez alors combien cela coûtera à la société. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – Protestations sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.)*

Monsieur Bourquin, je n'ai pas aimé non plus quand vous avez déclaré que les études de médecine coûtaient cher à la Nation. Il est scandaleux de jeter ainsi l'opprobre sur les étudiants en médecine ! Je ne l'accepte pas. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, du groupe Union Centriste et du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.)*

Un étudiant en médecine apprend son métier. L'État finance toutes les études, qu'il s'agisse des lettres ou du droit.

M. Martial Bourquin. Ce n'est pas vrai !

M. Alain Milon, rapporteur. Je ne vois pas pourquoi il ne le ferait pas pour la médecine. *(Bravo ! et applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)*

Comme l'ont souligné plusieurs collègues, l'activité libérale perd effectivement du terrain. C'est parce que l'attractivité du métier n'existe plus. Nous avons, y compris votre serviteur, accepté des Ondam. Nous avons fait en sorte que les médecins soient payés vingt-trois euros, quel que soit le type de consultation. Je regrette, mais cela ne correspond pas aux rémunérations que l'on observe pour d'autres métiers, en particulier ceux de l'artisanat.

Enfin, les pharmaciens ont été pris en exemple. Toutefois, une pharmacie ne travaille pas avec un seul médecin. S'il n'y avait qu'un seul médecin par pharmacie, elles fermentaient toutes.

Mes chers collègues, je vous demande donc d'adopter les amendements identiques n^{os} 423 et 438 rectifié *bis*, et de voter contre tous les autres amendements. J'ai demandé un scrutin public sur chaque amendement. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, du groupe Union Centriste et du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.)*

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les prises de parole ont été nombreuses.

Mesdames, messieurs les sénateurs, comme beaucoup d'entre vous, j'ai vu notre système de santé se dégrader depuis des années. Je l'ai vu à l'hôpital, dans le cadre de mon exercice professionnel. Mes malades ne trouvaient plus de médecin traitant ; en tant que cancérologue, j'étais leur médecin traitant, parce que tous les médecins traitants refusaient de les prendre. J'ai observé les difficultés s'accroître progressivement pour trouver des spécialistes dans tous les domaines, dans tous les territoires.

Si j'ai accepté le poste de ministre de la santé, c'est parce que je savais profondément qu'il fallait réformer globalement notre organisation. Je n'ai accepté cette fonction que pour agir, faire mieux et adapter notre système aux besoins du XXI^e siècle. Je connaissais les contraintes, notamment la démographie médicale catastrophique. Je savais que la tâche serait rude. Je le vois depuis le premier jour dans tous mes déplacements : elle est terriblement rude.

La douleur dans les territoires, vous n'êtes pas les seuls à la sentir ; vous n'êtes pas les seuls témoins des territoires. (*Murmures sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. Martial Bourquin. Mais nous en sommes les élus !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Chacun d'entre nous a des liens ou de la famille dans tous les territoires de France.

M. Benoît Huré. Très bien !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je pense depuis le premier jour qu'il y a urgence à agir. Depuis le mois de juin 2017, je travaille sur un plan d'urgence d'accès aux soins. Celui-ci a été annoncé. Il contient des mesures facilitatrices pour l'installation des médecins, pour le cumul emploi-retraite, pour créer des postes d'assistants salariés, des postes d'assistants spécialisés dans les outre-mer. Il a été présenté par le Premier ministre au mois d'octobre 2017.

J'ai souhaité ensuite aller vers une transformation beaucoup plus globale, en utilisant tous les leviers possibles : la formation, le financement de la médecine, le numérique, l'organisation. J'ai fait travailler des gens pendant un an. Le résultat, c'est ce texte.

Le groupe de travail a proposé un plan global : « Ma santé 2022 ». Ce plan va bien au-delà de la loi. Ce que vous voyez aujourd'hui n'est qu'une partie de la transformation. Comme je l'ai souligné, il y a dans la transformation du système de santé des leviers réglementaires, des leviers conventionnels – j'en ai parlé –, des leviers financiers, qui seront dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, et des leviers législatifs, que vous examinez aujourd'hui.

Beaucoup d'entre vous me disent que cela ne suffit pas et n'a pas marché. Mais si cela n'a pas marché, c'est parce que, jusqu'à présent, on a pensé le modèle tel qu'il existait auparavant. On a pensé un modèle du XX^e siècle, voire du XIX^e siècle, avec un médecin qui remplacerait un autre médecin, et on a fait des aides à l'installation.

Je suis fondamentalement convaincue que la médecine a profondément changé. M. le rapporteur et M. Amiel l'ont souligné.

Il n'est pas bien de dire que les médecins n'ont pas de prise de conscience ! Tous les professionnels de santé ont pris conscience de la nécessité de transformer le système. Ils

sont engagés au quotidien. Ils rament, et ils le disent. Il n'est pas bien de nier dans cette assemblée la souffrance des soignants, qui existe également.

Par ailleurs, les jeunes sont engagés. Ils sont remarquablement raisonnables. Ils ont un sens du service public. Ils ont un sens de la santé publique et de la prévention. Mais ils nous disent qu'ils veulent exercer dans un cadre collectif. Et vous raisonnez encore avec un médecin qui doit être remplacé par un autre médecin ! Eux ne veulent pas de cet exercice libéral là. Ils veulent exercer collectivement en maison de santé, voire être salariés ; ils préfèrent avoir un salaire tous les mois. Nous devons l'entendre.

Le texte que je vous propose aujourd'hui contient un panel de solutions. Il met l'ensemble des professionnels en responsabilité territoriale. C'est une avancée majeure !

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous ne vous imaginez pas ce que cela représente aujourd'hui pour des syndicats médicaux d'accepter une responsabilité populationnelle et territoriale. C'est un changement de paradigme complet. Je les en remercie. Je pense, en tous les cas, je l'espère, qu'ils signeront la convention médicale. Cette responsabilité sera celle des communautés professionnelles territoriales de santé. Nous faisons des pas immenses.

Tous les leviers que j'ai pu imaginer avec tous les professionnels, dans tous les groupes de travail, sont dans le plan de transformation proposé. La télémédecine, les changements de financement, les organisations innovantes, les délégations de tâches, les postes salariés, tout y est.

Je n'accepte ni les conventionnements sélectifs ni une telle coercition. Vous dites qu'il suffit d'essayer. Mais il suffit aussi de raisonner ! Songez aux effets pervers immédiats que cela aura sur l'installation de nos jeunes médecins. On a le droit de regarder un peu plus loin ! Ne dites pas que je ne prends pas mes responsabilités. Je les prends complètement. Je me sens responsable de la santé des Français. Sinon, je ne serais pas là.

Je veux terminer par une très belle citation de Nelson Mandela, qui disait : « Que vos choix reflètent vos espoirs et non vos peurs. » Mesdames, messieurs les sénateurs, ce dont nous discutons aujourd'hui, c'est de vos peurs ; ce n'est pas de choix rationnels. (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche. – Protestations sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

Mme Laurence Rossignol. Quelle honte !

M. Martial Bourquin. C'est sidérant !

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 423 et 438 rectifié *bis*.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que celui du Gouvernement est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 131 :

Nombre de votants	341
Nombre de suffrages exprimés	328
Pour l'adoption	299
Contre	29

Le Sénat a adopté. *(Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain.)*

En conséquence, un article additionnel est ainsi inséré, dans le projet de loi, après l'article 4, et les amendements n°s 147 rectifié *ter*, 366 rectifié *bis* et 228 rectifié *bis* n'ont plus d'objet.

La parole est à M. Hervé Maurey, pour explication de vote sur les amendements identiques n°s 179 rectifié, 365 rectifié *bis*, 422 et 437 rectifié *ter*.

M. Hervé Maurey. Il convient de rappeler sur quoi nous votons, car toute une série d'amendements ont été présentés en discussion commune. Certains sont devenus sans d'objet, d'autres ont été modifiés pour ne pas subir le même sort et pouvoir être mis aux voix.

Les amendements identiques n°s 179 rectifié, 365 rectifié *bis*, 422 et 437 rectifié *ter* – je le rappelle, car je ne suis pas certain que tous nos collègues l'aient encore bien présent à l'esprit au terme de ce débat un peu long, qui a commencé avant le dîner – tendent à insérer dans le code de la sécurité publique, après les mots « liberté d'installation du médecin », les mots « sans préjudice du respect du principe d'égal accès aux soins ».

Il ne s'agit pas d'une mesure de coercition. Il ne s'agit pas non plus d'une mesure de régulation. Il s'agit simplement de poser, à côté du principe de liberté d'installation, qui n'est pas remis en cause ici, un principe d'égal accès aux soins. M. le rapporteur a souligné que le principe d'égal accès aux soins n'était pas un principe déontologique. Quoi qu'il en soit, c'est un principe constitutionnel, comme l'a rappelé dès 1991 le Conseil constitutionnel. Il me paraît donc utile de voter ces amendements, qui visent à concilier deux libertés : la liberté de s'installer et le libre accès aux soins.

C'est le choix qui a été fait en Allemagne, où le principe de liberté d'installation figure dans la Constitution. La Cour suprême allemande a rappelé que ce principe avait une valeur constitutionnelle, mais elle a également considéré qu'il existait un principe encore plus important : l'intérêt général ! *(Applaudissements sur des travées du groupe Union Centriste.)*

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'égal accès aux soins est non pas un principe constitutionnel, mais un principe de déontologie médicale. *(M. Hervé Maurey proteste.)*

Les dispositions de ces amendements touchent à la liberté d'installation du médecin sans préjudice du respect d'égal accès aux soins. Elles reviennent sur la convention médicale, et non sur la Constitution.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 179 rectifié, 365 rectifié *bis*, 422 et 437 rectifié *ter*.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission des affaires sociales.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 132 :

Nombre de votants	317
Nombre de suffrages exprimés	257
Pour l'adoption	100
Contre	157

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 232 rectifié *quater*.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission des affaires sociales.

Mme Laurence Cohen. Encore !

M. le président. Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 133 :

Nombre de votants	341
Nombre de suffrages exprimés	292
Pour l'adoption	84
Contre	208

Le Sénat n'a pas adopté.

La parole est à M. Hervé Maurey, pour explication de vote sur les amendements identiques n°s 178 rectifié *ter* et 421 rectifié.

M. Hervé Maurey. Je voudrais rapidement faire le point sur l'amendement n° 421 rectifié, qui est un amendement important de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Je suis quelque peu étonné de voir s'enchaîner autant de scrutins publics, ce qui est exceptionnel, d'autant que l'hémicycle me paraît suffisamment rempli pour que nous puissions voter à main levée. (*Applaudissements sur des travées du groupe Union Centriste et du groupe socialiste et républicain.*)

Quoi qu'il en soit, j'y vois un avantage : le vote de chacun figurera au *Journal officiel*. Aussi, dans tous les départements, chaque élu, chaque citoyen saura ce que son sénateur a voté sur le problème crucial des déserts médicaux. Je m'en réjouis ! (*Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain. – Mme Marie-Noëlle Lienemann applaudit également.*)

Bien des choses ont été dites, mais cet amendement n'est pas un amendement de coercition. Il ne vise pas à obliger les médecins à travailler dans tel ou tel endroit. C'est un amendement de régulation. Par conséquent, il ne tend pas à remettre en cause la liberté d'installation.

Simplement, comme toute liberté, celle-ci doit être régulée, et c'est ce que nous proposons. Nous souhaitons tout d'abord que la discussion s'engage à travers la convention. Si aucune solution n'est trouvée, nous proposons que soit mise en place la solution « un pour un » : l'installation d'un médecin dans les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent ne pourra intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone.

De surcroît, et ce point est important, il s'agit d'une expérimentation, non d'une mesure définitive. Après dix ans d'échecs de tous les gouvernements successifs, qui ont uniquement mis en place des politiques incitatives, il nous paraît utile de tenter autre chose pour réguler l'installation. Le Sénat est la chambre des territoires : nous le clamons à juste titre matin, midi et soir. Soyons à la hauteur de ce que nous disons vouloir être !

M. le président. La parole est à M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Comme vient de le rappeler Hervé Maurey, il s'agit d'un amendement expérimental. Il est beaucoup moins dur que ce que préconise la Cour des comptes depuis 2014, puisque celle-ci demande, vous le savez, un conventionnement individuel.

Il me semble que cet amendement vise à répondre – c'est l'objectif des auditions – à la demande des élus locaux, qu'il s'agisse de l'Association des maires ruraux de France, de l'Association des maires de France ou de l'Association des petites villes de France. Plus nous reporterons les mesures, plus les propositions se durciront, comme nous l'avons constaté durant le débat.

Mes chers collègues, je vous invite donc à voter ces deux amendements identiques, qui visent à répondre à un certain nombre d'attentes.

M. le président. La parole est à M. Jean-François Husson, pour explication de vote.

M. Jean-François Husson. Je souhaite réagir aux propos d'Hervé Maurey. L'ambiance de notre débat mérite autre chose que des montées d'adrénaline ! Il ne me paraît pas utile de montrer du doigt celles ou ceux d'entre nous qui

exprimeraient des positions différentes, voire opposées. Je n'accepte pas cette manière de faire. Quel sens y a-t-il à dire que l'on verra au *Journal officiel* ce que chacun a voté ? Ce ne sont pas des méthodes !

M. Hervé Maurey. Je n'ai pas dit ça !

Mme Dominique Estrosi Sassone. Bien sûr que si !

M. Jean-François Husson. Si, vous l'avez dit : vous relirez vos propos au *Journal officiel* ! (*Sourires sur des travées du groupe Les Républicains.*) Mais il serait préférable que vous les retiriez, car ils ne sont pas dignes de l'élu que vous êtes, ou à tout le moins de l'image que j'avais de vous jusqu'à aujourd'hui.

Nous pouvons tous changer d'avis, vous comme moi. Prenons l'exemple, pour détendre l'atmosphère, de la loi Pacte : entre les votes en commission et ceux en séance, on a vu tout et son contraire ! À tel point que, au banc, Mme le rapporteur ne savait plus que faire pour gérer de tels écarts de positions sur quinze jours.

Faisons donc preuve de modestie. Chacun est responsable de son vote, et tous les votes sont respectables : c'est cela la démocratie ! (*Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains, du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen et du groupe La République En Marche.*)

M. le président. La parole est à M. Claude Bérît-Débat, pour explication de vote.

M. Claude Bérît-Débat. Sans vouloir en rajouter, mes chers collègues, je vous invite à voter ces deux amendements identiques.

Nous avons rendu notre amendement identique à celui de M. le rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, car nous siégeons au sein de cette commission. Nous partageons donc la même analyse que lui sur le terrain, où nous sommes confrontés au problème de la désertification médicale.

Nous ne croyons pas aux méthodes qui sont utilisées depuis dix ou vingt ans sans succès. Je le dis sans polémique aucune : je regrette la décision de la commission des affaires sociales de recourir au scrutin public. Nous aurions pu voter de manière très démocratique. Je respecte le choix de la commission, mais je le regrette. N'oublions pas l'aménagement du territoire.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Nous voterons ces deux amendements, car l'idée d'une expérimentation nous paraît intéressante. J'attire néanmoins votre attention, mes chers collègues : les amendements qui s'enchaînent sont assez voisins ; j'espère que, à l'issue de nos votes, nous saurons un peu plus précisément ce que nous avons réellement voté.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je rejoins parfaitement les propos de M. Husson : il est complètement déplacé de jeter la vindicte populaire sur les votes d'un élu.

Par ailleurs, aux termes de ces deux amendements, en cas d'échec de la négociation conventionnelle les médecins seront déconventionnés. Ceux qui ont rédigé cet amendement savent très bien comment la convention fonctionne : il y a, d'un côté, les organismes de sécurité sociale, et, de l'autre, les syndicats médicaux. Ils n'ignorent donc pas que la convention n'ira pas jusqu'au bout à cause des syndicats de médecins. Ils sont donc sûrs de leur coup.

Encore une fois, on en revient aux précédents propos de M. Maurey. C'est de la délation pure et simple.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 178 rectifié *ter* et 421 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission des affaires sociales.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 134 :

Nombre de votants	339
Nombre de suffrages exprimés	287
Pour l'adoption	103
Contre	184

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 233 rectifié *quater*.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission des affaires sociales.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 135 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	290
Pour l'adoption	83
Contre	207

Le Sénat n'a pas adopté.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Je veux juste rappeler l'objet de l'amendement n° 116 rectifié *ter*.

Il s'agit de redéfinir, à titre expérimental, pendant une période de cinq ans à partir du 1^{er} juillet 2020, les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins libéraux. Ces rapports seraient définis par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et le Conseil national de l'ordre des médecins, et non les syndicats.

Mes chers collègues, imaginez le chahut que cela pourrait occasionner si l'on proposait la même chose pour les autres professions...

Voilà pourquoi la commission a donc émis un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je souscris aux propos de M. le rapporteur.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 116 rectifié *ter*.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission des affaires sociales.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 136 :

Nombre de votants	341
Nombre de suffrages exprimés	287
Pour l'adoption	62
Contre	225

Le Sénat n'a pas adopté.

L'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. Cuyper, Mmes Joissains, Deromedi et Raimond-Pavero, MM. Meurant, Saury, Pierre, de Nicolaj, Pellevat, Pointereau, Vaspert, Priou et Rapin, Mme Sollogoub, M. Laménie, Mme Lamure et M. Gremillet, est ainsi libellé :

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 ; ».

La parole est à M. Michel Raison.

M. Michel Raison. Espérons que, cette fois, l'on n'inversera pas l'ordre des votes pour faire tomber cet amendement...

Il s'agit ici de conditionner le conventionnement des médecins avec l'assurance maladie à leur installation dans un délai raisonnable après la soutenance de leur thèse. En effet, on a remarqué qu'un nombre important de jeunes médecins ne s'installaient pas immédiatement, pour différentes raisons, notamment pour faire des remplacements.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a émis un avis défavorable, pour différentes raisons.

La première raison – c'est la plus importante – est que vous voulez empêcher le conventionnement d'un médecin qui n'exerce pas immédiatement la médecine après l'obtention de son diplôme, mais que vous souhaitez inclure dans cette catégorie les médecins remplaçants, qui, pourtant, exercent bien. Votre amendement est donc mal rédigé.

En outre, la commission a adopté, dans un article ultérieur, le principe selon lequel un docteur en médecine ne pourra faire de remplacement que durant les trois années qui suivent l'obtention de son diplôme ; ensuite, il devra s'installer. Cette disposition va dans le sens que vous souhaitez, mais, d'une part, elle a déjà été adoptée, et, d'autre part, elle est mieux rédigée.

La commission émet donc un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Michel Raison, pour explication de vote.

M. Michel Raison. Figurez-vous, monsieur le président, que je vais suivre l'avis du rapporteur. En effet, sa réponse me convient mieux que la précédente.

La proposition de la commission représente une avancée considérable, puisque ce délai de trois ans est plus précis et que son dispositif va dans le même sens que le mien. Pour une fois, nous avons le même objectif ; nous allons l'atteindre au moyen qui semble le plus adapté au rapporteur.

Je retire donc mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 146 rectifié *bis* est retiré.

Madame la ministre, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, il est minuit ; je vous propose de prolonger la séance jusqu'à une heure du matin, afin de poursuivre plus avant l'examen de ce texte.

Il n'y a pas d'observation ?...

Il en est ainsi décidé.

L'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, est ainsi libellé :

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. »

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. Cet amendement de ma collègue Maryse Carrère tend à créer un statut de médecin volant, qui permettrait à des médecins thésés d'épauler ponctuellement, en qualité de travailleurs non salariés, d'autres médecins, notamment en zone sous-dense.

Ces médecins bénéficieraient d'un statut propre qui ne se confondrait ni avec celui des médecins remplaçants, puisque les médecins qu'ils viendraient épauler ne cesseraient pas leur activité, ni avec celui des médecins adjoints, puisque les médecins venant en renfort exerceraient pour leur propre compte.

Ce statut permettrait notamment de limiter le poids des charges sociales et de soumettre ces médecins à un régime d'assurance maladie aligné sur celui des salariés.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. M. Arnell nous propose la création du statut de médecin volant.

Plusieurs outils existent déjà pour permettre l'exercice ponctuel de la médecine dans certains territoires et dans certaines situations qui le nécessitent ; je pense aux statuts de médecin remplaçant, de médecin adjoint, pour les médecins non thésés, et de médecin assistant, pour les praticiens diplômés.

Il n'a pas paru opportun à la commission de complexifier encore ces outils, leur paysage étant déjà peu lisible, si j'en crois les discussions que nous avons eues à ce sujet.

Par ailleurs, les outils existants me paraissent à la fois suffisamment ciblés et assez larges pour couvrir correctement bon nombre de situations.

Enfin, il ne me paraît pas souhaitable de multiplier les options autres que l'installation ; notre priorité doit être d'inciter les médecins à s'installer dans un territoire pour y assurer le suivi d'une patientèle à long terme.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettrait un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Arnell, l'amendement n° 351 rectifié est-il maintenu ?

M. Guillaume Arnell. Nous connaissons l'avis défavorable de la commission, mais nous souhaitons entendre l'avis du Gouvernement sur cet amendement. Dès lors que le rapporteur et la ministre sont du même avis, nous retirons cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 351 rectifié est retiré.

Article 4 bis (nouveau)

- ① I. – L'article L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :
- ② « *Art. L. 722-4-1.* – Les honoraires et revenus des médecins mentionnés à l'article L. 722-1 installés dans un délai de trois ans à compter de l'obtention des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique et effectuant au moins cinq années d'activité professionnelle à titre libéral 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 du présent code jusqu'au terme de leur cinquième année d'activité continue et conformément à un barème dégressif avec le délai d'installation déterminé par décret. »
- ③ II. – La perte de recettes résultant du I pour les organismes de sécurité sociale 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. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 301 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

L'amendement n° 461 est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Michelle Gréaume, pour présenter l'amendement n° 301.

Mme Michelle Gréaume. L'article 4 bis, issu d'un amendement du rapporteur de la commission des affaires sociales, exonère de cotisations sociales, pendant cinq, ans les médecins qui s'installent en zone sous-dense.

Actuellement, les médecins peuvent bénéficier de l'exonération de cotisations sociales au titre de l'embauche d'un salarié, mais également de l'exonération de l'impôt sur le revenu ou sur les sociétés, au titre d'une installation dans une zone de revitalisation urbaine, une ZRU, ou dans une zone de revitalisation rurale, une ZRR ; cette exonération est totale pendant les cinq premières années et dégressive durant les neuf suivantes.

Selon la Cour des comptes, les mesures d'exonération de cotisations sociales ont déjà entraîné des effets d'aubaine, représentant un coût de 20 millions d'euros, au profit de sept cent soixante-treize bénéficiaires en 2010, en contrepartie d'un apport net de l'ordre de cinquante médecins depuis 2007 dans les zones déficitaires. Avouez-le, mes chers collègues, ce n'est vraiment pas d'une grande efficacité...

Si l'on veut faire évoluer notre système de protection sociale, cette ambition doit s'appuyer sur un financement à la hauteur des besoins en santé de notre siècle ; cela suppose, entre autres, l'arrêt des exonérations massives.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 461.

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'ajouterai quelques éléments.

Nous travaillons actuellement à la remise à plat de l'ensemble des aides d'État ; un rapport nous sera remis prochainement à ce sujet.

Par ailleurs, nous sommes évidemment favorables à ce que l'installation des médecins soit la plus précoce possible après la fin de leurs études, donc nous soutiendrons tout ce qui peut promouvoir une installation rapide.

Aussi, je vous propose de travailler sur le sujet des exonérations d'ici au prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, et de revenir devant vous pour vous proposer, le cas échéant, des mesures dédiées. Nous aurons cette discussion sur les cotisations lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La commission ne peut émettre qu'un avis défavorable, puisque nos collègues du groupe communiste républicain citoyen et écologiste et le Gouvernement demandent la suppression d'un article qu'elle a inséré dans le texte.

Je le rappelle, le mécanisme adopté par la commission consiste à exonérer de cotisations sociales un jeune médecin qui s'installe dans les trois ans qui suivent la soutenance de sa thèse. Cela encourage donc les jeunes diplômés à s'installer rapidement.

Par ailleurs, ces exonérations sont dégressives, et elles obligent le jeune médecin à rester au minimum cinq ans au même endroit. Si cette durée n'est pas respectée, il doit rembourser l'ensemble des cotisations dont il a été exonéré. Cela nous semble constituer un mécanisme incitatif supplémentaire pertinent pour inciter à l'installation de jeunes médecins.

J'entends bien ce que Mme la ministre a indiqué ; néanmoins, je lui propose au contraire de maintenir cette disposition et de revenir éventuellement sur ce point lors de l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet article ne cible pas les zones sous-denses.

M. Alain Milon, rapporteur. Non, il cible toutes les zones !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Dans le cadre de notre travail sur cette question et de la discussion que nous pourrions avoir à ce sujet, je propose à tout le moins de circonscrire aux zones sous-denses ce mécanisme d'incitation à l'installation rapide.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les zones sous denses, il y en a partout.

Mme Frédérique Puissat. Eh oui !

M. Alain Milon, rapporteur. Je maintiens donc la nécessité d'appliquer ce mécanisme d'incitation à l'installation des jeunes sur l'ensemble du territoire.

Élisabeth Doineau l'a souligné précédemment, le problème de l'absence d'installation de jeunes médecins ne se manifeste pas seulement dans les zones sous-denses. Ou plutôt, c'est l'absence d'installation de jeunes médecins qui crée des zones sous-denses. Et si l'on n'incite pas les jeunes médecins à s'installer partout, l'on aura des problèmes partout.

Je le rappelle, les zones sous-denses incluent Paris, où les jeunes médecins ne s'installent pas en raison du niveau des loyers, les banlieues, pour des raisons de sécurité, la campagne, en raison de la disparition progressive des diffé-

rents services, comme nos collègues du groupe CRCE le soulignaient ; mais elles incluent aussi les hôpitaux, où il y a des postes non pourvus un peu partout.

Je souhaite donc que cet article soit conservé, mais j'accepte de négocier et de discuter ce dispositif dans le cadre de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Je salue la proposition de Mme la ministre de revoir les exonérations de cotisations des médecins ; cela me semble aller tout à fait dans le sens de ce que nous soutenons. Sans doute n'arriverons-nous pas aux mêmes conclusions, mais nous aurons en tout cas parcouru un bout de chemin ensemble pour mettre à plat ces exonérations.

Michelle Gréaume a donné des chiffres extrêmement instructifs sur l'efficacité de telles mesures. Nous sommes donc preneurs de ce travail.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 301 et 461.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 828, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Remplacer la référence :

L. 722-1

par la référence :

L. 646-1

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 828.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'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, est ainsi libellé :

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.

La parole est à Mme Dominique Estrosi Sassone.

Mme Dominique Estrosi Sassone. Cet amendement a pour objet de rendre encore plus attractive l'installation de médecins dans les territoires sous-dotés, en ajoutant à l'exonération des cotisations sociales celle de l'impôt sur les bénéfices pendant les cinq ans suivant leur installation.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Il n'a pas paru très sage à la commission d'étendre les avantages de l'installation à l'impôt sur les bénéfices.

La commission demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi elle émettrait un avis défavorable.

Mme Dominique Estrosi Sassone. Je le retire, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 676 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 424 est présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

L'amendement n° 439 rectifié *bis* est présenté par MM. Vaspert, Bizet, Raison et Mandelli, Mmes Ramond et Raimond-Pavero, MM. Nougain, Pellevat, Mayet, Paul, Perrin, Bascher, Genest, Meurant, Brisson et D. Laurent, Mme Deromedi, MM. B. Fournier et de Legge, Mme Noël, MM. Guéné, Bouloux et Pointereau, Mme Lamure et MM. Laménie et Gremillet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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. »

La parole est à M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 424.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. L'article 4 *bis*, introduit par la commission des affaires sociales, s'appuie sur un constat partagé par tous : les difficultés d'accès aux soins, dans nos territoires, découlent pour partie du manque d'installation en libéral, notamment de jeunes médecins.

Toute disposition tendant à renforcer l'attractivité de l'exercice libéral va donc, selon la commission de l'aménagement du territoire, dans la bonne direction. Nous avons toutefois souhaité exclure les zones caractérisées par un excédent de l'offre de soins du dispositif, introduit par la commission des affaires sociales, d'exonération de cotisations sociales pour les jeunes médecins.

Dans son rapport intitulé *L'Avenir de l'assurance maladie* de 2017, la Cour des comptes a rappelé que les dispositifs d'incitation financière à l'installation n'avaient jamais fait l'objet d'évaluation, malgré la multiplication, au cours des dernières années, des aides de l'État et des collectivités s'ajoutant à des dispositifs conventionnels.

Elle avait aussi constaté que ces aides n'avaient pas enrayer l'accroissement des inégalités territoriales dans l'accès aux soins, comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises et comme la commission l'a rappelé dans ses travaux.

Il est donc permis d'avoir des doutes quant à l'efficacité de ces dispositifs, de surcroît coûteux pour les finances publiques. La Cour des comptes a ainsi estimé que, pour le seul périmètre de l'État et de l'assurance maladie, ces dispositifs représentaient, en 2015, près de 90 millions d'euros.

Dans une démarche de compromis, notre commission propose donc un meilleur ciblage du dispositif, afin de rendre celui-ci plus efficace en le concentrant sur les territoires qui en ont le plus besoin. Pour limiter son impact sur les finances publiques, cette mesure doit être comprise en miroir et en cohérence avec les autres mesures que nous avons proposées pour améliorer l'accès aux soins.

M. le président. La parole est à M. Michel Vaspart, pour présenter l'amendement n° 439 rectifié *bis*.

M. Michel Vaspart. Cet amendement va dans le sens de la ministre; j'espère donc qu'elle émettra un avis favorable.

M. le président. Le sous-amendement n° 830, présenté par MM. Chasseing, Bignon, Capus, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Laufoaulu, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot et MM. Menonville et Wattedled, est ainsi libellé :

Amendement n° 424

1° Première phrase

Remplacer les mots :

n'est pas applicable aux installations dans les zones dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins

par les mots :

est applicable aux zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin

2° Seconde phrase

Supprimer cette phrase.

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. J'avais indiqué en commission que je retirerais la première phrase de ce sous-amendement, mais il me semble que l'ensemble du dispositif va dans le sens de M. Longeot.

Ce sous-amendement vise à cibler davantage le mécanisme d'exonération de cotisations sociales pour les jeunes médecins, proposé à l'article 4 *bis*, sur les zones sous-médicalisées.

Il s'agit ainsi d'encourager plus efficacement l'installation des jeunes médecins dans les déserts médicaux, en concentrant les incitations 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.

Comme l'a souligné le président Milon, on retrouve les mêmes problèmes un peu partout, en zone périurbaine comme en zone rurale, mais je crois tout de même nécessaire de se concentrer sur les zones défavorisées.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La commission est défavorable au sous-amendement de M. Chasseing et s'en remet à la sagesse du Sénat sur les deux amendements identiques. À titre personnel, j'émet un avis de sagesse plutôt négative... (*Sourires.*)

Nos discussions montrent que les zones sous-denses sont présentes partout sur notre territoire et qu'il n'y a plus de zones surdenses. La suppression du droit à l'exonération de jeunes médecins s'installant en zones surdenses ne serait donc pas très efficiente...

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. En effet, il n'y a plus de zones surdenses.

Si les deux amendements identiques vont bien dans le même sens que celui que j'ai présenté voilà quelques instants, je vous propose de les retravailler d'ici à l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, afin de préciser quels types de cotisations et quels mécanismes d'exonération sont visés pour éviter tout effet d'aubaine sur le terrain.

Le Gouvernement est donc défavorable à ces deux amendements identiques, ainsi qu'au sous-amendement.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 830.

(*Le sous-amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 424 et 439 rectifié *bis*.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote sur l'article 4 *bis*.

M. Yves Daudigny. En m'appuyant sur mon expérience personnelle, je souhaite émettre beaucoup de réserves sur ces exonérations fiscales ou sociales, *a fortiori* lorsqu'elles s'ajoutent aux autres avantages liés à l'installation en zone de revitalisation rurale, ou ZRR.

J'ai pu constater des effets d'aubaine indiscutables, alors même que des praticiens qui s'étaient fortement investis, de longue date, dans des projets d'exercice collectifs ont été écartés du bénéfice de ces avantages du fait qu'ils exerçaient déjà dans ces secteurs.

Cumulées aux avantages des ZRR, ces exonérations représentent des gains financiers importants.

M. le président. Je mets aux voix l'article 4 *bis*, modifié.

(*L'article 4 bis est adopté.*)

Articles additionnels après l'article 4 *bis*

M. le président. Je suis saisi de six amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'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, Poniowski et Meurant, Mme Procaccia, M. Laménie, Mme Delmont-Koropoulos, MM. Pellevat, Rapin, Cuypers et B. Fournier, Mmes Canayer et de Cidrac et M. Gremillet, est ainsi libellé :

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 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.

La parole est à M. Vincent Segouin.

M. Vincent Segouin. Cet amendement vise à permettre à un ancien médecin de continuer d'exercer, après sa prise de retraite, en zones sous-denses.

Il s'agit de lutter contre les déserts médicaux dans l'intérêt des patients. Le libre et l'égal accès aux soins sont des notions fondamentales, pourtant mises à mal ces dernières années. Il devient impératif d'y remédier et de trouver des solutions aux lacunes constatées.

Le dispositif proposé octroie une exonération fiscale aux médecins retraités. Une telle mesure est nécessaire dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, afin d'encourager les médecins à prolonger leur exercice.

M. le président. L'amendement n° 409 rectifié, présenté par Mme Jasmin, M. Lurel, Mme Perol-Dumont, M. Antiste et Mme Conconne, est ainsi libellé :

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.

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Cet amendement vise à faciliter le retour en activité de médecins retraités éligibles au cumul emploi-retraite. Ils ont certes déjà considérablement cotisé, aussi bien fiscalement que socialement, mais ils veulent encore servir.

Ce dispositif leur permettrait de poursuivre leur activité tout en étant progressivement exonérés de toute cotisation sociale pendant cinq ans.

M. le président. L'amendement n° 453 rectifié, présenté par Mme Jasmin, MM. Lurel et Antiste et Mme Conconne, est ainsi libellé :

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.

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Cet amendement, similaire, au précédent, concerne les zones franches médicales prioritaires.

Il s'agit de répondre aux besoins de la population en permettant à ces mêmes médecins de continuer leur activité dans ces zones en bénéficiant d'une exonération progressive de cotisations sociales pendant quatre ans.

M. le président. L'amendement n° 3 rectifié *quater*, présenté par Mmes Imbert, Puissat, L. Darcos et Micouleau, MM. Sol, Vogel et Morisset, Mmes Grunty, Morhet-Richaud, Berthet et Deromedi, M. Longuet, Mmes Bruguière et Lassarade, M. Chatillon, Mmes Noël et Raimond-Pavero, MM. Mouiller, Kennel et Cuyppers, Mmes Garriaud-Maylam, Delmont-Koropoulis et Deseyne, MM. D. Laurent, Vaspart, Retailleau, Saury et del Picchia, Mme Lopez, M. Savary, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Poniatowski, 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, est ainsi libellé :

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.

La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Cet amendement, dans le même esprit que celui de M. Segouin, vise à favoriser le cumul emploi-retraite des médecins Il s'en distingue en ce qu'il tend à octroyer une exonération fiscale aux médecins retraités en doublant quasiment le plafond actuel pendant une période limitée de vingt-quatre mois.

Il s'agit d'une mesure de bon sens qui permet d'apporter une première réponse d'urgence aux problèmes de démographie médicale.

Ce dispositif instaure une forme de compagnonnage entre un médecin à la retraite et un jeune médecin installé ou à la recherche d'une installation en exercice libéral.

M. le président. L'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. Poniatowski, Mme Joissains, M. Cuypers, 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, Laménie et J. M. Boyer, Mmes de Cidrac et Lamure et M. Gremillet, est ainsi libellé :

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.

La parole est à M. Michel Raison.

M. Michel Raison. Cet amendement de bon sens vise à exonérer de cotisations vieillesse les médecins pouvant prétendre à une retraite à taux plein, mais ayant fait le choix, faute de successeur, de prolonger leur exercice en zone sous-dense. En choisissant de continuer de servir,

leurs cotisations sont à fonds perdu. La moindre des choses, me semble-t-il, serait donc de les exonérer de cotisations vieillesse.

Cet amendement devrait certainement recevoir un avis favorable tant de la commission que du Gouvernement... (*Sourires.*)

M. le président. L'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. Cuypers, Mme Joissains, M. Poniatowski, Mmes Deromedi et Raimond-Pavero, MM. Meurant, Pierre, de Nicolaÿ, Pellevat et Saury, Mmes A.M. Bertrand et Sollogoub, MM. Vaspert, Priou, Rapin, Laménie et J.M. Boyer, Mme de Cidrac et M. Segouin, est ainsi libellé :

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.

La parole est à M. Michel Raison.

M. Michel Raison. Il s'agit d'un amendement de repli qui tend à instaurer une exonération partielle.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Tous ces amendements portent sur les conditions du cumul emploi-retraite des médecins exerçant en zone sous-dotée que nous examinons chaque année dans le cadre du PLFSS.

Les amendements n°s 25 rectifié *bis* de M. Segouin et 3 rectifié *quater* de Mme Imbert sont très proches.

Celui de Mme Imbert reprend la rédaction adoptée par le Sénat dans le cadre du dernier PLFSS, sur l'initiative du président de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, la Mecss, Jean-Noël Cardoux, à l'article 8 *bis* A.

L'amendement n° 25 rectifié *bis* est plus large, puisqu'il ne limite pas le cumul aux seules activités de remplacement et ne fixe pas de durée maximale, alors que Jean-Noël Cardoux nous avait proposé une durée de vingt-quatre mois, reprise dans l'amendement de Mme Imbert.

Pour ces raisons, la commission est défavorable à l'amendement n° 25 rectifié *bis* et ne peut que considérer de façon favorable l'amendement n° 3 rectifié *quater*, lequel reprend une rédaction que nous avons adoptée voilà quelques mois seulement.

Toutefois, il me semble que les choses ont changé depuis le dernier PLFSS. Mme la ministre s'est en effet engagée, le 3 mai dernier, à doubler le plafond des exonérations sociales en cas de cumul emploi-retraite pour le porter à 80 000 euros.

Or un tel montant me paraît suffisant, les médecins en situation de cumul emploi-retraite gagnant en moyenne 65 000 euros, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ou Drees.

J'émetts donc finalement un avis de sagesse sur l'amendement n° 3 rectifié *quater*, dans l'attente des précisions que nous donnera Mme la ministre. Nous pourrions alors déterminer ensemble si l'ajout de cet élément dans la loi est encore pertinent.

Les autres amendements me paraissent moins opérationnels, dans leur rédaction comme dans leur portée – je présente tous mes regrets à Michel Raison... (*Sourires.*)

Les dispositions de l'amendement n° 409 rectifié de Mme Jasmin sont plus larges que celles de l'amendement n° 3 rectifié *quater* de Mme Imbert.

L'amendement n° 453 rectifié de Mme Jasmin me semble poser plusieurs problèmes : je m'interroge sur la possibilité de donner compétence aux ARS en matière fiscale – selon les dispositions de l'amendement, il leur reviendrait en effet de proposer la création de zones franches médicales – et sur les conditions dans lesquelles des médecins retraités s'installeraient, sachant qu'une réinstallation d'un praticien préalablement installé n'est pas considérée comme une nouvelle installation.

La rédaction des amendements n°s 148 rectifié *ter* et 149 rectifié *quater* de M. Raison est moins précise que celle de l'amendement n° 3 rectifié *quater*, alors que l'objectif est le même.

La commission demande aux auteurs des amendements n°s 25 rectifié *bis*, 148 rectifié *ter* et 149 rectifié *quater* de bien vouloir les retirer au profit de l'amendement n° 3 rectifié *quater* ; à défaut, elle émettra un avis défavorable. Elle est enfin défavorable aux amendements n°s 409 rectifié et 453 rectifié.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les dispositions de ces six amendements concernent des mesures d'ordre réglementaire et non législatif.

Nous avons souhaité un retour des délégués nationaux à l'accès aux soins sur la première mesure d'augmentation du plafond du cumul emploi-retraite passé, en 2017, de 11 000 à 40 000 euros. Dans leur rapport, les délégués, dont Mme Doineau, nous ont proposé d'augmenter encore ce plafond. Je me suis donc engagée à le porter à 80 000 euros. L'arrêté a été publié aujourd'hui au *Journal officiel*.

Pour ces raisons, le Gouvernement demande le retrait de ces six amendements ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote sur l'amendement n° 3 rectifié *quater*.

Mme Corinne Imbert. Eu égard aux explications de Mme la ministre, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 3 rectifié *quater* est retiré.

La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour explication de vote sur l'amendement n° 25 rectifié *bis*.

Mme Nadia Sollogoub. Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, j'avais déposé un amendement visant à exonérer de cotisations retraite les médecins retraités continuant d'exercer. Comme l'a expliqué M. Raison, il me semble étrange de les faire cotiser pour rien. Or je m'étais rendu compte, au cours de mes recherches, que la loi Montagne prévoyait une telle disposition pour les médecins exerçant en zone de montagne.

Je comprends d'autant moins l'existence d'une telle distorsion que les zones sous-denses sont présentes sur l'ensemble du territoire.

M. le président. La parole est à Mme Victoire Jasmin, pour explication de vote sur l'amendement n° 453 rectifié.

Mme Victoire Jasmin. Monsieur le rapporteur, mon amendement cible bien les médecins en situation de cumul emploi-retraite qui s'installent dans une autre zone que celle où ils exerçaient précédemment.

Cela étant dit, Mme la ministre a répondu à mes interrogations sur le montant du plafond d'exonération de cotisations en cas de cumul emploi-retraite.

M. le président. La parole est à M. Michel Raison, pour explication de vote.

M. Michel Raison. Mes amendements étant presque satisfaits, je les retire.

M. le président. Les amendements n°s 148 rectifié *ter* et 149 rectifié *quater* sont retirés.

Monsieur Segouin, l'amendement n° 25 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Vincent Segouin. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 25 rectifié *bis* est retiré.

Madame Jasmin, les amendements n°s 409 rectifié et 453 rectifié sont-ils maintenus ?

Mme Victoire Jasmin. Non, je les retire, monsieur le président.

M. le président. Les amendements n°s 409 rectifié et 453 rectifié sont retirés.

Article 4 *ter* (nouveau)

Le quatrième alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « La durée totale des autorisations d'exercice de la médecine à titre de remplaçant délivrées aux médecins remplissant les conditions fixées à l'article L. 4111-1 ne peut excéder trois années. »

M. le président. L'amendement n° 462, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le présent article, introduit par la commission des affaires sociales, limite à cinq années la durée totale pendant laquelle un médecin peut exercer en tant que remplaçant. Au cours de sa carrière, un médecin ne pourrait donc effectuer plus de cinq années en remplacement.

Moins de 4 % des médecins inscrits au tableau de l'Ordre, au 1^{er} janvier 2018, exercent une activité dite intermittente – remplacements et contrats courts. Cette proportion paraît d'autant moins déraisonnable que le remplacement répond à un besoin véritable des acteurs du système de santé.

Le recours à des remplaçants est en effet essentiel pour assurer la continuité des soins, notamment lorsqu'un médecin prend ses congés. Une diminution du vivier de remplaçants risquerait, dans ce contexte, de laisser des territoires sans médecins pendant plusieurs semaines, chaque année, durant des périodes critiques comme l'été.

Cette diminution pourrait également dégrader le confort d'exercice des médecins, particulièrement dans les territoires les plus fragiles, en limitant leurs possibilités de s'absenter pour motifs personnels ou pour suivre des formations.

Les territoires fragiles, qui peinent à attirer des médecins remplaçants, seraient les premiers à subir les effets de cette dégradation.

Par ailleurs, un médecin qui changerait de situation – en cas de déménagement, par exemple – 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 aussi aux jeunes médecins de réfléchir à leur projet professionnel et de préparer leur installation : 81 % des installés ont d'abord été remplaçants exclusifs, selon une récente étude du Conseil de l'ordre.

Restreindre cette possibilité risquerait de dégrader encore l'attractivité de l'exercice libéral et, à l'inverse, de renforcer l'attrait du salariat.

Enfin, il me semble que cet article pose un problème au regard du principe d'égalité, notamment entre les médecins de plein exercice, pour lesquels on érigerait une limite dans le temps à leur capacité de remplacer, et les futurs médecins ayant une autorisation de remplacement qui resterait sans limite. La question de la constitutionnalité d'une telle différence de traitement peut donc se poser.

Le Gouvernement entend privilégier une politique d'accompagnement des débuts d'exercice en libéral. Or, dans sa rédaction actuelle, cet article va à l'encontre de cette dynamique d'installation. Une telle disposition devrait être travaillée de concert avec les représentants des professionnels concernés pour trouver le juste milieu entre liberté d'exercice et adéquate appréciation des intérêts de santé publique.

Pour ces raisons, le Gouvernement propose de supprimer cet article.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Avec cet article, la commission a introduit la limite de trois ans de remplacement au maximum pour un médecin thésé. Les thèses intervenant généralement une ou deux années après la fin du troisième cycle, cela fait cinq ans de remplacement.

La commission est défavorable à cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. De nombreux médecins remplacent trop longtemps avant de s'installer et nous aimerions qu'ils s'installent plus vite, raison pour laquelle cet article tend à limiter la durée de remplacement. Le

problème est que la rédaction retenue restreint la capacité des médecins de faire des remplacements tout au long de leur carrière. Or les médecins déménagent, peuvent vouloir remplacer un collègue pendant un an pour découvrir un territoire d'outre-mer, par exemple, comme le fit mon père, chirurgien, qui partit un an à La Réunion. Tout cela fait partie de l'attractivité de la carrière.

L'adoption de cet article empêcherait de cumuler cinq ans de remplacement durant toute la carrière, ce qui ne paraît guère judicieux : nous avons besoin de faciliter les remplacements entre médecins, tout au long de la carrière, en fonction du contexte.

Encore une fois, c'est non pas la philosophie de cet article que nous contestons, mais sa rédaction, qui nous semble dangereuse.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Mme la ministre a sans doute raison, mais plutôt que d'être favorable à l'adoption de cet amendement, je maintiens le texte tel qu'il est et propose que nous réfléchissions à un autre amendement en vue de la commission mixte paritaire.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Selon le Conseil national de l'ordre des médecins, le CNOM, 75 % des internes en médecine générale veulent s'installer, mais très peu franchissent le pas – en tout cas, le différentiel est assez important.

Peut-être faudrait-il se demander pourquoi cette installation est compliquée dans les faits, alors que la volonté existe bel et bien.

Ma conviction est qu'il faut davantage préparer les généralistes à l'installation en libéral – on sait que les difficultés freinent les jeunes médecins –, soit par des modules spécifiques durant les études de médecine, comme cela a déjà été évoqué, soit en s'inspirant, par exemple, du dispositif Passerelle mis en place dans la région Grand Est qui permet à un coordonnateur, au sein des facultés, d'aider les jeunes à préparer leur avenir professionnel dès leur première année d'internat. Ce système montre aujourd'hui son efficacité.

Si l'article 4 *ter* était maintenu, on risquerait de voir des jeunes mal préparés à l'installation ou n'ayant pas envie de s'installer tout de suite se réfugier vers la pratique hospitalière et salariée, ce qui irait à l'inverse de ce que nous voulons tous, à savoir davantage d'installations en ambulatoire.

Il ne faudrait pas, en limitant les remplacements, favoriser le salariat en médecine hospitalière au détriment de l'installation en cabinet, et ce d'autant plus que les chiffres du Conseil national de l'ordre montrent que le nombre de remplaçants en médecine générale progresse moins vite que le nombre d'inscrits au Conseil. Il n'y a pas davantage de remplaçants aujourd'hui qu'auparavant.

Le risque est également important pour les médecins déjà installés, surchargés, qui comptent sur les remplaçants pour souffler, pour prendre leurs congés ou tout simplement pour suivre une formation. Cet article entraînerait donc un risque sur la continuité des soins.

Comme l'a souligné Mme la ministre, il est important, pour l'attractivité des carrières, d'organiser des passerelles entre les métiers.

Pour toutes ces raisons, je soutiens l'amendement de suppression du Gouvernement.

M. le président. La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour explication de vote.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Je soutiens également cet amendement, et je vais expliquer pourquoi.

Je comprends parfaitement la démarche du rapporteur, dans ces temps d'urgence, tendant à accélérer l'installation d'un millier de jeunes médecins supplémentaires. Aujourd'hui, notre système de santé est en grande difficulté et a grand besoin d'être réformé. Nous nous accordons tous sur ce point. Mais céder aux sirènes trompeuses de la coercition ne fera qu'achever la médecine libérale.

Les jeunes médecins ne doivent pas être une variable d'ajustement des erreurs du passé. Beaucoup d'entre eux, c'est vrai, font des remplacements durant leurs premières années d'exercice, mais on ne peut pas penser sincèrement et sérieusement, mes chers collègues, que c'est au détriment des patients et du maillage territorial que nous appelons tous de nos vœux.

Les médecins remplaçants répondent à un véritable besoin de santé ; ils assurent la continuité de l'accès aux soins dans nos territoires, parce que les médecins qu'ils remplacent prennent quelques congés ou consacrent du temps à leur formation continue. Il est indispensable d'inciter les jeunes professionnels à l'installation, mais nous ne pouvons pas le faire en les emprisonnant dans de fausses alternatives : ce ne sont pas des pions sur l'échiquier des territoires.

Je vous le dis, mes chers collègues : notre responsabilité de législateur ne peut pas être de céder aux pressions des fossoyeurs de l'exercice libéral, dont l'idéal de fonctionnarisation de la médecine pour enrayer la désertification médicale n'est qu'une chimère.

La redynamisation sanitaire de nos territoires ne pourra se faire contre les médecins. Faisons-leur confiance et laissons-les libres sur le terrain de leur installation et de leur mode d'exercice.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Je soutiens cet amendement de suppression, même si je comprends bien l'esprit qui a animé la commission des affaires sociales lors de la rédaction de son texte, rédaction que nous n'avons toutefois pas approuvée.

Les arguments qui ont été avancés sont tout à fait justes : il faut laisser aux jeunes médecins la possibilité de faire des remplacements.

J'ajoute que l'idée que soit tranchée en commission mixte paritaire cette question sinon me choque, à tout le moins me chagrine. Je ne comprends pas pourquoi : nous sommes réunis dans l'hémicycle, eh bien votons pour ou contre cet amendement de suppression ! Nous verrons par la suite si un travail complémentaire doit être mené lors de la réunion de la commission mixte paritaire. Pourquoi reporter notre vote ? Ou alors je n'ai pas bien compris la proposition du rapporteur.

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. C'est exceptionnel, et je tiens à le souligner : l'ensemble du groupe Union Centriste soutient l'amendement du Gouvernement !

Aujourd'hui, effectivement, beaucoup de jeunes praticiens choisissent de faire des remplacements parce qu'ils ont des propositions en ce sens. Et si l'on encadre trop les remplacements, on ne trouvera plus, dans certains territoires, de remplaçants pour ces médecins souvent en difficulté et qui ont besoin de repos.

En moyenne, le remplacement, que la commission entend réduire à trois ans au maximum, dure entre sept et dix ans. Or, dans nos territoires ruraux, nos médecins nous disent très souvent qu'ils ont du mal à trouver des remplaçants pour la saison estivale. L'intention est sans doute bonne, mais la mesure proposée ne convient pas.

Nous venons d'avoir un débat nourri et construit sur cette question et, comme mes collègues, j'estime que la commission mixte paritaire n'est pas forcément le lieu pour trancher.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. La commission a le mérite de lancer le débat. Je rappelle que les remplaçants sont des médecins thésés, et que la soutenance de thèse doit désormais intervenir dans un délai maximal de deux ans. À une époque, beaucoup d'étudiants ne soutenaient même pas leur thèse au terme de leurs neuf années d'études de médecine, qui ont effectivement un coût.

Ensuite, la pratique montre bien quel est le problème : le remplaçant trouvant régulièrement des remplacements et en refusant un certain nombre et le médecin remplacé voulant absolument quitter son activité, celui-ci n'impute pas ses charges. De fait, au fil des ans, le médecin remplaçant prend l'habitude de ne considérer que ses recettes sans prendre en compte les dépenses – je peux le comprendre, et nous sommes un certain nombre à en être passés par là. Dès lors, pourquoi s'installerait-il avec les contraintes que cela représente ? C'est ce qui explique que beaucoup de remplaçants reculent le moment de leur installation, ne travaillent pas à plein temps – quinze jours ou trois semaines par mois suffisent largement –, ce qui leur permet de concilier vie familiale et vie professionnelle. Ce statut est tout à fait intéressant.

D'ailleurs, madame la ministre, je crois que vous avez fait en sorte que ces remplacements soient soumis à cotisations vieillesse. Souvenez-vous-en, nous en avons débattu lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Cela signifie que, pour le calcul de la pension de retraite, ces années de remplacement sont prises en compte.

De surcroît, en moyenne, un médecin s'installe entre trente-neuf et quarante ans ! Vous rendez-vous compte ?

Il faut être raisonnable : on ne peut pas, d'un côté, se plaindre de l'absence de médecins installés dans nos territoires et, de l'autre côté, ne pas faciliter leur installation. Il est dommage de devoir prendre des mesures relativement contraignantes, mais si l'on ajoute cette marge de manœuvre de trois à cinq ans, si j'ai bien compris, monsieur le rapporteur, aux deux ans de remplacement non thésés, on arrive à un total de sept ans. Cela laisse le temps de se retourner et d'envisager une installation.

M. le président. La parole est à Mme Annick Billon, pour explication de vote.

Mme Annick Billon. Je ne serai pas très longue, ma collègue Élisabeth Doineau ayant expliqué le vote du groupe Union Centriste.

Nous parlons depuis hier de l'attractivité de la médecine, et l'adoption de cet amendement de suppression y contribuera justement. Bien entendu, je le voterai moi aussi.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Pour ma part, je soutiens la proposition de la commission de limiter à trois ans la durée totale des remplacements, auxquels il faut ajouter les deux ans de thèse. Peut-être même est-il envisageable d'aller plus loin, comme l'a dit René-Paul Savary.

Je rappelle que nous avons financé des maisons de santé ; lorsque celles-ci ne compteront plus de médecin, il ne servira plus à rien d'y affecter des remplaçants !

Les médecins, même s'ils exercent une activité libérale, ont été formés et assurent aussi, indirectement, un service public. Pouvoir faire des remplacements pendant cinq ou sept ans, c'est bien ; en revanche, si l'on autorise ces remplacements sans limitation de durée, les maisons de santé, je le répète, ne compteront plus de médecin.

Mme Laurence Cohen. Oh !

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. J'avoue que je suis un peu surprise de la tournure que prend cette discussion : certains collègues n'ont jamais de mots assez forts pour défendre la liberté d'installation ; et là, tout d'un coup, de liberté, il ne pourrait plus être question !

Nous avons et nous aurons toujours besoin de médecins remplaçants, jeunes ou moins jeunes. J'ai la chance de vivre dans un département côtier qui compte des stations touristiques ayant besoin de médecins à certaines périodes de l'année plus qu'à d'autres – c'est le cas aussi dans les zones montagneuses. De fait, pour nombre de professions connaissant des pics d'activité, un volant d'intérimaires est nécessaire. Cela étant, le parcours professionnel de certains médecins les conduit, à certains moments, à vouloir faire des remplacements, lesquels sont parfois même des tremplins pour exercer dans nos territoires sous-dotés dès lors que ces professionnels considèrent que cette activité leur correspond.

Adopter le texte en l'état serait prendre un risque très grave de désorganisation et d'accroissement des déserts médicaux.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

Mme Corinne Imbert. Je soutiens le texte adopté par la commission des affaires sociales. On ne peut pas vouloir lutter contre les problèmes de démographie médicale et encourager un statut de remplaçant *ad vitam aeternam*. Certes, ma chère collègue, je suis tout à fait d'accord avec vous, ce peut être un tremplin ; mais un tremplin sert, à un moment donné, à rebondir ou à bondir pour aller plus loin ! Si ces médecins thésés ne souhaitent pas s'installer en libéral, fort bien ! Mais alors qu'ils passent sous statut de médecin collaborateur. Comme le disait très bien Daniel Chasseing, vous aurez beau créer des maisons de santé pluriprofessionnelles ou autres, quand il n'y aura plus de médecin, il n'y en aura plus ! Et l'on aura gaspillé beaucoup d'argent public.

Je ne suis pas médecin, mais je pense qu'on n'exerce pas ce métier par défaut. Devenir médecin, c'est un vrai choix. On peut à la fois connaître différents territoires, vivre différentes expériences professionnelles, se construire aussi professionnellement à travers ces années de remplacement, mais si la

collectivité forme des médecins, c'est quand même pour qu'ils soient au service des patients, avec un projet professionnel qu'ils sont libres de choisir – par exemple le statut de collaborateur. (*M. Daniel Chasseing applaudit.*)

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je souhaite apporter quelques précisions supplémentaires.

Aujourd'hui, les remplacements se font entre deux médecins d'une même maison de santé pluriprofessionnelle : quand l'un part en vacances, l'autre récupère la patientèle et perçoit une rétrocession sur l'activité. En réalité, le remplacement est un mode d'exercice sur le terrain. Il ne faut pas croire que lorsqu'on est médecin remplaçant, on n'est pas en activité.

Il ne faut pas confondre avec les médecins intérimaires, dont le mode d'exercice salarié, pour une journée ou bien pour une semaine ou deux par mois, est extrêmement bien rémunéré. Les médecins remplaçants, quant à eux, sont payés à l'activité, par le biais d'une rétrocession. S'ils ne travaillent pas, ils ne seront pas payés.

Ils sont en activité, ils sont sur les territoires, mais leur mode d'exercice volant est une soupape qui permet à d'autres médecins de prendre des vacances, de se faire opérer, tout en assurant le suivi de la patientèle.

Il ne faut pas mésestimer leur rôle de régulation dans les territoires ruraux notamment.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 462.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 4 *ter* est supprimé, et les amendements n° 580 et 831 n'ont plus d'objet.

Mes chers collègues, nous avons examiné 97 amendements au cours de la journée ; il en reste 478.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

8

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, mercredi 5 juin 2019, à quatorze heures trente et le soir :

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).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée le mercredi 5 juin 2019, à zéro heure cinquante-cinq.)

Direction des comptes rendus

ÉTIENNE BOULENGER

**QUESTION(S) ORALE(S)
REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT**

*Difficultés des communes rurales à gérer la compétence
« affaires scolaires »*

N° 0832 – Le 6 juin 2019 – **Mme Brigitte Micouleau** attire l'attention de **M. le ministre de l'intérieur** sur les difficultés rencontrées par de nombreuses communes rurales pour la gestion de la compétence « affaires scolaires ».

En effet, suite à la fusion d'intercommunalités, il a été procédé à la restitution de la compétence affaires scolaires à certaines communes rurales qui, ayant essuyé un refus de créer un syndicat à vocation scolaire correspondant parfaitement à la taille de leur collectivité rurale, à l'effectif des pôles éducatifs, mais aussi à la volonté des élus d'assurer de façon mutualisée la continuité des services rattachés à la compétence affaires scolaires (restauration scolaire, activités péri et extrascolaires) ont décidé de constituer une entente. Les exigences de la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République et du schéma départemental de coopération intercommunale (SDCI) ayant radicalement supprimé bon nombre de syndicats et limité les conditions de la création de nouveaux, la création d'une entente scolaire regroupant ces communes devenait la seule solution.

Or, la forme conventionnelle de ces regroupements, qui n'a aucune existence juridique, nécessite une commune juridiquement responsable qui assume tous les risques et qui se voit obligée d'intégrer dans son budget celui de l'entente scolaire, rendant difficiles le suivi et la lisibilité de l'activité liée directement aux affaires scolaires, malgré une comptabilité analytique. Le budget de fonctionnement de la commune subit une augmentation de son budget initial et à cela s'ajoute la prise en charge des emprunts contractés pour les investissements de l'entente scolaire, aggravant directement son endettement et diminuant ainsi sa capacité à emprunter au détriment de l'activité propre de la commune. Ces nombreuses difficultés rencontrées dans le fonctionnement de la compétence affaires scolaires nourrissent chaque jour la grande déception de ne pas pouvoir le réaliser dans un cadre institutionnel, sans conséquences et sans risques pour la commune juridiquement responsable, tout en rendant le meilleur service aux usagers.

Aussi, elle lui demande dans quelle mesure le Gouvernement ne pourrait pas permettre la création d'un syndicat à vocation scolaire, tout particulièrement quand il s'agit de petites communes situées en milieu rural qui ont la volonté de se regrouper et de mutualiser leurs moyens pour exercer une compétence commune dans de bonnes conditions, ce qui permettrait de régler les problèmes juridiques et de gestion supportés actuellement par une seule commune rapidement mise en difficulté.

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la séance

du mardi 4 juin 2019

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, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	321
Pour	35
Contre	286

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE 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 Vaspert

Contre : 122

Abstention : 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

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Contre : 72

GRUPE UNION CENTRISTE (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 - qui présidait la séance

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 15

Contre : 4 MM. Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin

Abstention : 3 MM. Guillaume Arnell, Stéphane Artano, Jean-Claude Requier

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Yves Roux

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Contre : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Pour : 3 MM. Daniel Chasseing, Alain Marc, Franck Menonville

Abstention : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 2 M. Philippe Adnot, Mme Claudine Kauffmann

N'ont pas pris part au vote : 4

Ont voté pour :

Alain Bertrand Jean Bizet Henri Cabanel Maryse Carrère Daniel Chasseing Jean-Pierre Corbisez Josiane Costes René Danesi Ronan Dantec Laurent Duplomb Jean-Marc Gabouty Jacques Genest Éric Gold	Charles Guené Jean-Noël Guérini Éric Jeansannetas Mireille Jouve Joël Labbé Françoise Laborde Laurent Lafon Michel Laugier Dominique de Legge Olivier Léonhardt Didier Mandelli Alain Marc Franck Menonville	Patricia Morhet-Richaud Catherine Morin-Desailly Louis-Jean de Nicolaÿ Cédric Perrin Michel Raison Françoise Ramond Vincent Segouin Raymond Vall Michel Vaspert
---	--	---

Ont voté contre :

Philippe Adnot Pascal Allizard Michel Amiel Maurice Antiste Cathy Apourceau-Poly Viviane Artigalas Éliane Assasi David Assouline Serge Babary Julien Bargeton Philippe Bas Jérôme Bascher Arnaud Bazin Arnaud de Belenet Esther Benbassa Claude Bérít-Débat Martine Berthet Jacques Bigot Joël Bigot Annick Billon Maryvonne Blondin	Jean-Marie Bockel Éric Bocquet Christine Bonfanti-Dossat François Bonhomme Bernard Bonne Philippe Bonnacarrère Nicole Bonnefoy Pascale Bories Yannick Botrel Gilbert Bouchet Céline Boulay-Espéronnier Yves Bouloux Martial Bourquin Michel Boutant Jean-Marc Boyer Max Brisson Marie-Thérèse Bruguère Céline Brulin	François-Noël Buffet Bernard Buis Olivier Cadic François Calvet Christian Cambon Agnès Canayer Michel Canevet Vincent Capo-Canellas Thierry Carcenac Jean-Noël Cardoux Françoise Cartron Joseph Castelli Alain Cazabonne Bernard Cazeau Anne Chain-Larché Patrick Chaize Pierre Charon Alain Chatillon Marie-Christine Chauvin Guillaume Chevrollier
--	---	---

Marta de Cidrac	François Grosdidier	Michelle Meunier	Jean-Marie	Dominique Vérien	Jean Pierre Vogel
Olivier Cigolotti	Jacques Groperrin	Sébastien Meurant	Vanlerenberghe	Sylvie Vermeillet	Michèle Vullien
Laurence Cohen	Pascal Gruny	Brigitte Micouleau	Yannick Vaugrenard	Jean-Pierre Vial	Richard Yung
Yvon Collin	Jocelyne Guidez	Alain Milon		Abstentions :	
Pierre-Yves Collombat	Annie Guillemot	Jean-Marie Mizzon		Guillaume Arnell	Joël Guerriau
Catherine Conconne	Véronique Guillotin	Jean-Pierre Moga		Stéphane Artano	Jean-Louis Lagourgue
Hélène Conway-Mouret	Laurence Harribey	Thani Mohamed Soilihi		Anne-Marie Bertrand	Robert Laufoaulu
Roland Courteau	Abdallah Hassani	Marie-Pierre Monier		Jérôme Bignon	Vivette Lopez
Édouard Courtial	Claude Haut	Franck Montaugé		Emmanuel Capus	Claude Malhuret
Cécile Cukierman	Olivier Henno	Jean-Marie Morisset		Jean-Pierre Decool	Jean-François Mayet
Pierre Cuypers	Loïc Hervé	Philippe Mouiller		Alain Fouché	Colette Mélot
Michel Dagbert	Jean-Michel Houllégatte	Philippe Nachbar			
Philippe Dallier	Alain Houpert	Robert Navarro		N'ont pas pris part au vote :	
Laure Darcos	Jean-Raymond Hugonet	*Sylviane Noël		Bernard Fournier	Fabienne Keller
Mathieu Darnaud	Benoît Huré	Claude Nougéin		Christine Herzog	Jean Louis Masson
Marc-Philippe Daubresse	Jean-François Husson	Pierre Ouzoulias			Stéphane Ravier
Yves Daudigny	Xavier Iacovelli	Olivier Paccaud			Jean-Yves Roux
Marc Daunis	Corinne Imbert	Jean-Jacques Panunzi			
Robert del Picchia	Olivier Jacquin	Georges Patient			
Vincent Delahaye	Jean-Marie Janssens	François Patriat			
Nathalie Delattre	Victoire Jasmin	Philippe Paul			
Bernard Delcros	Sophie Joissains	Cyril Pellevat			
Annie Delmont-Koropoulis	Patrice Joly	Philippe Pemezec			
Michel Dennemont	Bernard Jomier	Marie-Françoise Perol-Dumont			
Gérard Dériot	Gisèle Jourda	Évelyne Perrot			
Catherine Deroche	Muriel Jourda	Stéphane Piednoir			
Jacky Deromedi	Alain Joyandet	Jackie Pierre			
Chantal Deseyne	Patrick Kanner	Gérard Poadja			
Yves Détraigne	Antoine Karam	Ladislas Poniatowski			
Gilbert-Luc Devinaz	Roger Karoutchi	Angèle Préville			
Catherine Di Folco	Claudine Kauffmann	Sophie Primas			
Nassimah Dindar	Guy-Dominique Kennel	Jean-Paul Prince			
Élisabeth Doineau	Claude Kern	Christophe Priou			
Philippe Dominati	Éric Kerrouche	Catherine Procaccia			
Daniel Dubois	Bernard Lalande	Sonia de la Provôté			
Alain Dufaut	Marc Laménie	Christine Prunaud			
Catherine Dumas	Élisabeth Lamure	Frédérique Puissat			
Jérôme Durain	Christine Lanfranchi	Isabelle Raimond-Pavero			
Alain Duran	Dorgal	Didier Rambaud			
Nicole Duranton	Florence Lassarade	Jean-François Rapin			
Vincent Éblé	Daniel Laurent	Noëlle Rauscent			
Jean-Paul Émorine	Pierre Laurent	Claude Raynal			
Frédérique Espagnac	Nuihau Laurey	Damien Regnard			
Dominique Estrosi Sassone	Christine Lavarde	André Reichardt			
Jacqueline Eustache-Brinio	Ronan Le Gleut	Évelyne Renaud-Garabedian			
Françoise Férat	Jacques Le Nay	Bruno Retailleau			
Rémi Féraud	Jean-Yves Leconte	Charles Revet			
Corinne Féret	Antoine Lefèvre	Alain Richard			
Jean-Luc Fichet	Jean-Pierre Leleux	Marie-Pierre Richer			
Martine Filleul	Claudine Lepage	Sylvie Robert			
Michel Forissier	Henri Leroy	Gilbert Roger			
Catherine Fournier	Martin Lévrier	Laurence Rossignol			
Christophe-André Frassa	Brigitte Lherbier	Denise Saint-Pé			
Pierre Frogier	Marie-Noëlle Lienemann	Hugues Saury			
Joëlle Garriaud-Maylam	Anne-Catherine Loiser	René-Paul Savary			
Françoise Gatel	Loisier	Michel Savin			
André Gattolin	Jean-François Longeot	Pascal Savoldelli			
Fabien Gay	Gérard Longuet	Patricia Schillinger			
Frédérique Gerbaud	Pierre Louault	Alain Schmitz			
Samia Ghali	Jean-Jacques Lozach	Bruno Sido			
Bruno Gilles	Monique Lubin	Jean Sol			
Jordi Ginesta	Jean-Claude Luche	Nadia Sollogoub			
Colette Giudicelli	Victorin Lurel	Jean-Pierre Sœur			
Guillaume Gontard	Philippe Madrelle	Simon Sutour			
Marie-Pierre de la Gontrie	Jacques-Bernard Magner	Sophie Taillé-Polian			
Nathalie Goulet	Michel Magras	Rachid Temal			
Sylvie Goy-Chavent	Viviane Malet	Lana Tetuanui			
Jean-Pierre Grand	Christian Manable	Dominique Théophile			
Michelle Gréaume	Frédéric Marchand	Claudine Thomas			
Nadine Grelet-Certenais	Didier Marie	Jean-Claude Tissot			
Daniel Gremillet	Hervé Marseille	Nelly Tocqueville			
	Hervé Maurey	Jean-Marc Todeschini			
	Rachel Mazuir	Jean-Louis Tourenne			
	Pierre Médevielle	André Vallini			
	Marie Mercier	Sabine Van Heghe			

N'ont pas pris part au vote :

Bernard Fournier	Fabienne Keller	Stéphane Ravier
Christine Herzog	Jean Louis Masson	Jean-Yves Roux

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Valérie Létard - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	339
Nombre des suffrages exprimés	320
Pour l'adoption	35
Contre	285

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

*Lors de la séance du mercredi 5 juin 2019, Mme Sylviane Noël et M. Daniel Gremillet ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter pour.

SCRUTIN N° 131

sur les amendements identiques n° 423, présenté par M. Jean-François Longeot au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable et n° 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, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	341
Suffrages exprimés	328
Pour	299
Contre	29

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE 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

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Pour : 72

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 46

Abstention : 5 Mme Annick Billon, M. Michel Canevet, Mmes Élisabeth Doineau, Sonia de la Provôté, Michèle Vuillien

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Pour : 1 M. Bernard Buis

Contre : 22

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 13

Contre : 6 MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstention : 3 MM. Stéphane Artano, Éric Gold, Mme Mireille Jouve

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Pour : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Pour : 8

Abstention : 5 MM. Jérôme Bignon, Emmanuel Capus, Joël Guerriau, Claude Malhuret, Dany Wattebled

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 1 M. Philippe Adnot

N'ont pas pris part au vote : 5

Ont voté pour :

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Maurice Antiste
Cathy Apourceau-Poly
Viviane Artigalas
Éliane Assassi
David Assouline
Serge Babary
Philippe Bas
Jérôme Bascher
Arnaud Bazin
Esther Benbassa
Claude Bérít-Débat
Martine Berthet
Alain Bertrand
Anne-Marie Bertrand
Jacques Bigot
Joël Bigot
Jean Bizet
Maryvonne Blondin
Jean-Marie Bockel
Éric Bocquet
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
Bernard Bonne
Philippe Bonhecarrère
Nicole Bonnefoy
Pascale Bories
Yannick Botrel
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-Espéronnier
Yves Bouloux
Martial Bourquin
Michel Boutant
Jean-Marc Boyer
Max Brisson

Marie-Thérèse Bruguière
Céline Brulin
François-Noël Buffet
Bernard Buis
Henri Cabanel
Olivier Cadic
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Vincent Capocanelas
Thierry Carcenac
Jean-Noël Cardoux
Maryse Carrère
Alain Cazabonne
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Marie-Christine Chauvin
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Laurence Cohen
Pierre-Yves Collombat
Catherine Conconne
Hélène Conway-Mouret
Jean-Pierre Corbisez
Josiane Costes
Roland Courteau
Édouard Courtial
Cécile Cukierman
Pierre Cuypers
Michel Dagbert

Philippe Dallier
René Danesi
Ronan Dantec
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe Daubresse
Yves Daudigny
Marc Daunis
Jean-Pierre Decool
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Bernard Delclos
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Gilbert-Luc Devinaz
Catherine Di Folco
Nassimah Dindar
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Alain Dufaut
Catherine Dumas
Laurent Duplomb
Jérôme Durain
Alain Duran
Nicole Duranton
Vincent Éblé
Jean-Paul Émorine
Frédérique Espagnac
Dominique Estrosi Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Françoise Féret
Rémi Féraud

Corinne Féret
Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
Michel Forissier
Alain Fouché
Bernard Fournier
Catherine Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
Fabien Gay
Jacques Genest
Frédérique Gerbaud
Samia Ghali
Bruno Gilles
Jordi Ginesta
Colette Giudicelli
Guillaume Gontard
Marie-Pierre de la Gontrie
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Michelle Gréaume
Nadine Grelet-Certenais
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Grunty
Charles Guené
Jean-Noël Guérini
Jocelyne Guidez
Annie Guillemot
Laurence Harribey
Olivier Henno
Loïc Hervé
Jean-Michel Houllégatte
Alain Houpert
Jean-Raymond Hugonet
Benoit Huré
Jean-François Husson
Xavier Iacovelli
Corinne Imbert
Olivier Jacquin
Jean-Marie Janssens
Victoire Jasmin
Éric Jeansannetas
Sophie Joissains
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Patrick Kanner
Roger Karoutchi
Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Éric Kerrouche
Joël Labbé
Françoise Laborde
Laurent Lafon
Jean-Louis Lagourgue
Bernard Lalande
Marc Laménie

Élisabeth Lamure
Christine Lanfranchi Dorgal
Florence Lassarade
Robert Laufoaulu
Michel Laugier
Daniel Laurent
Pierre Laurent
Nuihau Laurey
Christine Lavarde
Ronan Le Gleut
Jacques Le Nay
Jean-Yves Leconte
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Claudine Lepage
Henri Leroy
Valérie Létard
Brigitte Lherbier
Marie-Noëlle Lienemann
Anne-Catherine Loiser
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Pierre Louault
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Jean-Claude Luche
Victorin Lurel
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard Magner
Michel Magras
Viviane Malet
Christian Manable
Didier Mandelli
Alain Marc
Didier Marie
Hervé Marseille
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Rachel Mazuir
Pierre Médevielle
Colette Mélot
Franck Menonville
Marie Mercier
Michelle Meunier
Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Moga
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Albéric de Montgolfier
Patricia Morher-Richaud
Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Louis-Jean de Nicolaj
Sylviane Noël
Claude Nougéin
Pierre Ouzoulias
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi

Ont voté contre :

Bernard Cazeau
Yvon Collin
Nathalie Delattre
Annie Delmont-Koropoulis
Michel Dennemont

Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Marie-Françoise Peroldumont
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Rémy Pointereau
Ladislas Poniatowski
Angèle Prévile
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Christophe Priou
Catherine Procaccia
Christine Prunaud
Frédérique Puissat
Isabelle Raimond-Pavero
Michel Raison
Françoise Ramond
Jean-François Rapin
Claude Raynal
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Jean-Claude Requier
Bruno Retailleau
Charles Revet
Marie-Pierre Richer
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Laurence Rossignol
Jean-Yves Roux
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Pascal Savoldelli
Alain Schmitz
Vincent Segouin
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Jean-Pierre Sœur
Simon Sutour
Sophie Taillé-Polian
Rachid Temal
Lana Tetuanui
Claudine Thomas
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville
Jean-Marc Todeschini
Jean-Louis Tourenne
Catherine Troendlé
Raymond Vall
André Vallini
Sabine Van Heghe
Jean-Marie Vanlerenberghe
Michel Vaspert
Yannick Vaugrenard
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel

André Gattolin
Véronique Guillotin
Abdallah Hassani
Claude Haut
Antoine Karam
Olivier Léonhardt

Martin Lévrier
Frédéric Marchand
Thani Mohamed
Soilih
Robert Navarro

Georges Patient
François Patriat
Didier Rambaud
Noëlle Rauscent
Alain Richard

Patricia Schillinger
Dominique Théophile
Richard Yung

Abstentions :

Stéphane Artano
Jérôme Bignon
Annick Billon
Michel Canevet
Emmanuel Capus

Élisabeth Doineau
Éric Gold
Joël Guerriau
Mireille Jouve
Claude Malhuret

Sonia de la Provôté
Michèle Vullien
Dany Wattebled

N'ont pas pris part au vote :

Christine Herzog
Claudine Kauffmann

Fabienne Keller
Jean Louis Masson

Stéphane Ravier

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 132

sur les amendements identiques n° 179 rectifié, présenté par M. Joël Bigot et plusieurs de ses collègues, n° 365 rectifié bis, présenté par M. Raymond Vall et plusieurs de ses collègues, n° 422, présenté par M. Jean-François Longeot au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable et n° 437 rectifié ter, 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, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	316
Suffrages exprimés	257
Pour	100
Contre	157

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE 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 Nicolay, Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspert

Contre : 121

Abstention : 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

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (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

Prévile, Laurence Rossignol, MM. Jean-Pierre Sueur, Jean-Claude Tissot, Mme Nelly Tocqueville, M. Jean-Louis Tourenne

Abstention : 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

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 21

Contre : 6 MM. Jean-Marie Bockel, Michel Canevet, Vincent Delahaye, Mmes Françoise Férat, Sylvie Goy-Chavent, M. Jean-Marie Vanlerenberghe

Abstention : 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

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 13

Contre : 6 MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstention : 3 MM. Stéphane Artano, Éric Gold, Mme Mireille Jouve

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Pour : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Pour : 9

Abstention : 4 MM. Jérôme Bignon, Emmanuel Capus, Joël Guerriau, Claude Malhuret

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 1 M. Philippe Adnot

N'ont pas pris part au vote : 5

Ont voté pour :

Maurice Antiste
Cathy Apourceau-Poly
Viviane Artigalas
Éliane Assassi
Esther Benbassa
Claude Bérit-Débat
Alain Bertrand
Joël Bigot
Jean Bizet
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Martial Bourquin
Céline Brulin

Henri Cabanel
Maryse Carrère
Alain Cazabonne
Daniel Chasseing
Laurence Cohen
Pierre-Yves Collombat
Jean-Pierre Corbisez
Josiane Costes
Cécile Cukierman
Michel Dagbert
René Danesi
Ronan Dantec
Jean-Pierre Decool

Bernard Delcros
Yves Détraigne
Nassimah Dindar
Daniel Dubois
Laurent Duplomb
Alain Duran
Corinne Féret
Martine Filleul
Alain Fouché
Catherine Fournier
Françoise Gatel
Fabien Gay
Jacques Genest

Guillaume Gontard
Nathalie Goulet
Michelle Gréaume
Charles Guéné
Jean-Noël Guérini
Jocelyne Guidez
Jean-Michel
Houllegatte
Olivier Jacquin
Victoire Jasmin
Éric Jeansannetas
Patrice Joly
Gisèle Jourda
Claude Kern
Joël Labbé
Françoise Laborde
Jean-Louis Lagourgue
Robert Lafoaullu
Pierre Laurent
Dominique de Legge
Marie-Noëlle
Lienemann

Jean-François Longeot
Monique Lubin
Jean-Claude Luche
Victorin Lurel
Philippe Madrelle
Didier Mandelli
Alain Marc
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Colette Mélot
Franck Menonville
Michelle Meunier
Jean-Pierre Moga
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Patricia Morhet-
Richaud
Louis-Jean de Nicolaj
Pierre Ouzoulias
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Gérard Poadja

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Michel Amiel
Guillaume Arnell
Serge Babary
Julien Bargeton
Philippe Bas
Jérôme Bascher
Arnaud Bazin
Arnaud de Belenet
Martine Berthet
Jean-Marie Bockel
Christine Bonfanti-
Dossat
François Bonhomme
Bernard Bonne
Pascalle Bories
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-
Espéronnier
Yves Bouloux
Jean-Marc Boyer
Max Brisson
Marie-Thérèse
Bruguière
François-Noël Buffet
Bernard Buis
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet
Jean-Noël Cardoux
Françoise Cartron
Joseph Castelli
Bernard Cazeau
Anne Chain-Larché
Pierre Charon
Alain Chatillon
Marie-Christine
Chauvin
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Yvon Collin
Édouard Courtial
Pierre Cuypers
Philippe Dallier
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe
Daubresse
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Nathalie Delattre
Annie Delmont-
Koropoulos

Michel Dennemont
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Chantal Deseyne
Catherine Di Folco
Philippe Dominati
Alain Dufaut
Catherine Dumas
Nicole Duranton
Jean-Paul Émorine
Dominique Estrosi
Sassone
Jacqueline Eustache-
Brinio
Françoise Férat
Michel Forissier
Christophe-André
Frassa
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-
Maylam
André Gattolin
Frédérique Gerbaud
Bruno Gilles
Jordi Ginesta
Colette Giudicelli
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
*Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascalle Gruny
Véronique Guillotin
Abdallah Hassani
Claude Haut
Alain Houpert
Jean-Raymond
Hugonet
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Antoine Karam
Roger Karoutchi
Guy-Dominique
Kennel
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Christine Lanfranchi
Dorgal
Florence Lassarade
Daniel Laurent
Christine Lavarde

Angèle Prévile
Jean-Paul Prince
Christine Prunaud
Michel Raison
Françoise Ramond
Jean-Claude Requier
Laurence Rossignol
Jean-Yves Roux
Denise Saint-Pé
Pascal Savoldelli
Vincent Segouin
Nadia Sollogoub
Jean-Pierre Sueur
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
Raymond Vall
Michel Vaspert
Sylvie Vermeillet
Dany Wattebled

Ronan Le Gleut
Antoine Lefèvre
Jean-Pierre Leleux
Olivier Léonhardt
Henri Leroy
Martin Lévrier
Brigitte Lherbier
Gérard Longuet
Michel Magras
Viviane Malet
Frédéric Marchand
Marie Mercier
Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Thani Mohamed
Soilih
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Robert Navarro
*Sylviane Noël
Claude Nougéin
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Ladislav Poniatowski
Sophie Primas
Christophe Priou
Catherine Procaccia
Frédérique Puissat
Isabelle Raimond-
Pavero
Didier Rambaud
Jean-François Rapin
Noëlle Rauscent
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-
Garabedian
Bruno Retailleau
Charles Revet
Alain Richard
Marie-Pierre Richer
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Patricia Schillinger
Alain Schmitz

Bruno Sido
Jean Sol
Dominique Théophile

Stéphane Artano
David Assouline
Anne-Marie Bertrand
Jérôme Bignon
Jacques Bigot
Annick Billon
Yannick Botrel
Michel Boutant
Vincent Capo-
Canellas
Emmanuel Capus
Thierry Carcenac
Patrick Chaize
Hélène Conway-
Mouret
Roland Courteau
Yves Daudigny
Marc Daunis
Gilbert-Luc Devinaz
Élisabeth Doineau
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac

Claudine Thomas
Jean-Marie
Vanlerenberghe

Abstentions :

Rémi Féraud
Samia Ghali
Éric Gold
Marie-Pierre de la
Gontrie
Joël Guerriau
Annie Guillemot
Laurence Harribey
Olivier Henno
Loïc Hervé
Xavier Iacovelli
Bernard Jomier
Mireille Jouve
Patrick Kanner
Bernard Lalande
Claudine Lepage
Vivette Lopez
Jacques-Bernard
Magner
Claude Malhuret
Christian Manable
Didier Marie

Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Richard Yung

Hervé Marseille
Jean-François Mayet
Rachel Mazuir
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-
Desailly
Marie-Françoise Perol-
Dumont
Rémy Pointereau
Sonia de la Provoté
Claude Raynal
Gilbert Roger
Simon Sutour
Sophie Taillé-Polian
Rachid Temal
Jean-Marc Todeschini
Catherine Troendlé
André Vallini
Sabine Van Heghe
Yannick Vaugrenard
Michèle Vuillien

N'ont pas pris part au vote :

Maryvonne Blondin
Philippe Boncarrère
Olivier Cadic
Olivier Cigolotti
Catherine Conconne
Jérôme Durain
Jean-Luc Fichet
Bernard Fournier
Nadine Grelet-
Certenais
Christine Herzog

Jean-Marie Janssens
Sophie Joissains
Claudine Kauffmann
Fabienne Keller
Éric Kerrouche
Laurent Lafon
Michel Laugier
Nuihau Laurey
Jacques Le Nay
Jean-Yves Leconte
Valérie Létard

*Anne-Catherine
Loisier
Pierre Louault
Jean-Jacques Lozach
Jean Louis Masson
Jean-Marie Mizzon
Stéphane Ravier
Sylvie Robert
Lana Tetuanui
*Dominique Vérien

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	317
Nombre des suffrages exprimés	257
Pour l'adoption	100
Contre	157

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

*Lors de la séance du mercredi 5 juin 2019, Mme Sylviane Noël et M. Daniel Gremillet ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter pour.

*Lors de la séance du mercredi 5 juin 2019, Mmes Dominique Vérien et Anne-Catherine Loisier ont fait savoir qu'elles auraient souhaité voter pour.

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, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	291
Pour	82
Contre	209

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE 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 Nicolaj, Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspart

Contre : 121

Abstention : 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

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Pour : 34 M. Maurice Antiste, Mme Viviane Artigalas, MM. Claude Bérít-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-Certenaís, 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 Préville, Laurence Rossignol, MM. Jean-Pierre Sueur, Jean-Claude Tissot, Mme Nelly Tocqueville, M. Jean-Louis Tourenne

Abstention : 38

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 6 MM. Jean-François Longeot, Jean-Claude Luche, Hervé Maurey, Pierre Médevielle, Mme Évelyne Perrot, M. Jean-Paul Prince

Contre : 45

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 13

Contre : 6 MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstention : 3 MM. Stéphane Artano, Éric Gold, Mme Mireille Jouve

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Pour : 15

Abstention : 1 Mme Laurence Cohen

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Contre : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 1 M. Philippe Adnot

N'ont pas pris part au vote : 5

Ont voté pour :

Maurice Antiste	Fabien Gay	Didier Mandelli
Cathy Apourceau-Poly	Jacques Genest	Hervé Maurey
Viviane Artigalas	Guillaume Gontard	Pierre Médevielle
Éliane Assassi	Michelle Gréaume	Michelle Meunier
Esther Benbassa	Nadine Grelet-Certenaís	Marie-Pierre Monier
Claude Bérít-Débat	Charles Guené	Franck Montaugé
Alain Bertrand	Jean-Noël Guérini	Patricia Morhet-Richaud
Joël Bigot	Annie Guillemot	*Louis-Jean de Nicolaj
Jean Bizet	Jean-Michel Houllégatte	Pierre Ouzoulias
Éric Bocquet	Olivier Jacquin	Cédric Perrin
Nicole Bonnefoy	Victoire Jasmin	Évelyne Perrot
Martial Bourquin	Éric Jeansannetas	Angèle Préville
Céline Brulin	Patrice Joly	Jean-Paul Prince
Henri Cabanel	Gisèle Jourda	Christine Prunaud
Maryse Carrère	Joël Labbé	Michel Raison
Pierre-Yves Collombat	Françoise Laborde	Françoise Ramond
Catherine Conconne	Pierre Laurent	Jean-Claude Requier
Jean-Pierre Corbisez	Dominique de Legge	Laurence Rossignol
Josiane Costes	Marie-Noëlle Lienemann	Jean-Yves Roux
Roland Courteau	Jean-François Longeot	Pascal Savoldelli
Cécile Cukierman	Jean-Jacques Lozach	Vincent Segouin
Michel Dagbert	Monique Lubin	Jean-Pierre Sueur
René Danesi	Jean-Claude Luche	Jean-Claude Tissot
Ronan Dantec	Victorin Lurel	Nelly Tocqueville
*Laurent Duplomb	Philippe Madrelle	Jean-Louis Tourenne
Alain Duran	Christian Manable	Raymond Vall
Corinne Féret		Michel Vaspart
Jean-Luc Fichet		
Martine Filleul		

Ont voté contre :

Philippe Adnot	Joseph Castelli	Nicole Duranton
Pascal Allizard	Alain Cazabonne	Jean-Paul Émorine
Michel Amiel	Bernard Cazeau	Dominique Estrosi Sassone
Guillaume Arnell	Anne Chain-Larché	Jacqueline Eustache-Brinio
Serge Babary	Pierre Charon	Françoise Férat
Julien Bargeton	Daniel Chasseing	Michel Forissier
Philippe Bas	Alain Chatillon	Alain Fouché
Jérôme Bascher	Marie-Christine Chauvin	Catherine Fournier
Arnaud Bazin	Guillaume Chevrollier	Christophe-André Frassa
Arnaud de Belenet	Marta de Cidrac	Pierre Frogier
Martine Berthet	Olivier Cigolotti	Joëlle Garriaud-Maylam
Jérôme Bignon	Yvon Collin	Françoise Gatel
Annick Billon	Édouard Courtial	André Gattolin
Jean-Marie Bockel	Pierre Cuyppers	Frédérique Gerbaud
Christine Bonfant-Dossat	Philippe Dallier	Bruno Gilles
François Bonhomme	Laure Darcos	Jordi Ginesta
Bernard Bonne	Mathieu Darnaud	Colette Giudicelli
Philippe Bonnacarrère	Marc-Philippe Daubresse	Nathalie Goulet
Pascale Bories	Jean-Pierre Decool	Sylvie Goy-Chavent
Gilbert Bouchet	Robert del Picchia	Jean-Pierre Grand
Céline Boulay-Espéronnier	Vincent Delahaye	*Daniel Gremillet
Yves Bouloux	Nathalie Delattre	François Grosdidier
Jean-Marc Boyer	Bernard Delcros	Jacques Groperrin
Max Brisson	Annie Delmont-Koropoulis	Pascale Grunty
Marie-Thérèse Bruguère	Michel Dennemont	Joël Guerriau
François-Noël Buffet	Gérard Dériot	Jocelyne Guidez
Bernard Buis	Catherine Deroche	Véronique Guillotin
Olivier Cadic	Jacky Deromedi	Abdallah Hassani
François Calvet	Chantal Deseyne	Claude Haut
Christian Cambon	Yves Détraigne	Olivier Henno
Agnès Canayer	Catherine Di Folco	Loïc Hervé
Michel Caneyer	Nassimah Dindar	Alain Houpert
Vincent Capocanellas	Élisabeth Doineau	Jean-Raymond Hugonet
Emmanuel Capus	Philippe Dominati	Benoit Huré
Jean-Noël Cardoux	Daniel Dubois	Jean-François Husson
Françoise Cartron	Alain Dufaut	
	Catherine Dumas	

Corinne Imbert	Claude Malhuret	Frédérique Puissat
Jean-Marie Janssens	Alain Marc	Isabelle Raimond-Pavero
Sophie Joissains	Frédéric Marchand	Didier Rambaud
Muriel Jourda	Hervé Marseille	Jean-François Rapin
Alain Joyandet	Colette Mélot	Noëlle Rauscent
Antoine Karam	Franck Menonville	Damien Regnard
Roger Karoutchi	Marie Mercier	André Reichardt
Guy-Dominique Kennel	Sébastien Meurant	Évelyne Renaud-Garabedian
Claude Kern	Brigitte Micouleau	Bruno Retailleau
Laurent Lafon	Alain Milon	Charles Revet
Jean-Louis Lagourgue	Jean-Marie Mizzon	Alain Richard
Marc Laménié	Jean-Pierre Moga	Marie-Pierre Richer
Élisabeth Lamure	Thani Mohamed Soilihi	Denise Saint-Pé
Christine Lanfranchi Dorgal	Catherine Morin-Desailly	Hugues Saury
Florence Lassarade	Jean-Marie Morisset	René-Paul Savary
Robert Laufoaulu	Philippe Mouiller	Michel Savin
Michel Laugier	Philippe Nachbar	Patricia Schillinger
Daniel Laurent	Robert Navarro	Alain Schmitz
Nuihau Laurey	*Sylviane Noël	Bruno Sido
Christine Lavarde	Claude Nougein	Jean Sol
Ronan Le Gleut	Olivier Paccaud	Nadia Sollogoub
Jacques Le Nay	Jean-Jacques Panunzi	Lana Tetuanui
Antoine Lefèvre	Georges Patient	Dominique Théophile
Jean-Pierre Leleux	François Patriat	Claudine Thomas
Olivier Léonhardt	Philippe Paul	Jean-Marie Vanlerenberghe
Henri Leroy	Cyril Pellevat	Dominique Vérien
Valérie Létard	Philippe Pemezec	Sylvie Vermeillet
Martin Lévrier	Stéphane Piednoir	Jean-Pierre Vial
Brigitte Lherbier	Jackie Pierre	Jean Pierre Vogel
Anne-Catherine Loisier	Gérard Poadja	Michèle Vullien
Gérard Longuet	Ladislav Poniatowski	Dany Wattebled
Pierre Louault	Sophie Primas	Richard Yung
Michel Magras	Christophe Priou	
Viviane Malet	Catherine Procaccia	
	Sonia de la Provôté	

Abstentions :

Stéphane Artano	Rémi Féraud	Jean-François Mayet
David Assouline	Samia Ghali	Rachel Mazuir
Anne-Marie Bertrand	Éric Gold	Albéric de Montgolfier
Jacques Bigot	Marie-Pierre de la Gontrie	Marie-Françoise Perol-Dumont
Maryvonne Blondin	Laurence Harribey	Rémy Pointereau
Yannick Botrel	Xavier Iacovelli	Claude Raynal
Michel Boutant	Bernard Jomier	Sylvie Robert
Thierry Carcenac	Mireille Jouve	Gilbert Roger
Patrick Chaize	Patrick Kanner	Simon Sutour
Laurence Cohen	Éric Kerrouche	Sophie Taillé-Polian
Hélène Conway-Mouret	Bernard Lalande	Rachid Temal
Yves Daudigny	Jean-Yves Leconte	Jean-Marc Todeschini
Marc Daunis	Claudine Lepage	Catherine Troendlé
Gilbert-Luc Devinaz	Vivette Lopez	André Vallini
Jérôme Durain	Jacques-Bernard Magner	Sabine Van Heghe
Vincent Éblé	Didier Marie	Yannick Vaugrenard
Frédérique Espagnac		

N'ont pas pris part au vote :

Bernard Fournier	Claudine Kauffmann	Jean Louis Masson
Christine Herzog	Fabienne Keller	Stéphane Ravier

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	341
Nombre des suffrages exprimés	292
Pour l'adoption	84
Contre	208

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

*Lors de la séance du mercredi 5 juin 2019, Mme Sylviane Noël et M. Daniel Gremillet ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter pour.

*Lors de la séance du jeudi 6 juin 2019, MM. Laurent Duplomb et Louis-Jean de Nicolaÿ ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter contre.

SCRUTIN N° 134

sur les amendements identiques n° 178 rectifié ter, présenté par M. Joël Bigot et plusieurs de ses collègues et n° 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, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	339
Suffrages exprimés	286
Pour	102
Contre	184

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE 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 : 120

Abstention : 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

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (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 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 Préville, Laurence Rossignol, MM. Jean-Pierre Sueur, Jean-Claude Tissot, Mme Nelly Tocqueville, M. Jean-Louis Tourenne

Abstention : 39

GROUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 17 M. Bernard Delcros, Mmes Catherine Fournier, Françoise Gatel, Jocelyne Guidez, M. Loïc Hervé, Mme Anne-Catherine Loïsier, 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 LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 13

Contre : 6 MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstention : 3 MM. Stéphane Artano, Éric Gold, Mme Mireille Jouve

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Pour : 16

GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Pour : 9

Abstention : 4 MM. Jérôme Bignon, Emmanuel Capus, Joël Guerriau, Claude Malhuret

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 1 M. Philippe Adnot

N'ont pas pris part au vote : 5

Ont voté pour :

Cathy Apourceau-Poly	Alain Fouché	Jean-Jacques Lozach
Viviane Artigalas	Catherine Fournier	Monique Lubin
Éliane Assassi	Françoise Gatel	Jean-Claude Luche
Esther Benbassa	Fabien Gay	Victorin Lurel
Claude Bérît-Débat	Jacques Genest	Philippe Madrelle
Alain Bertrand	Guillaume Gontard	Christian Manable
Joël Bigot	Michelle Gréaume	Didier Mandelli
Jean Bizet	Nadine Grelet-	Alain Marc
Éric Bocquet	Certainais	Hervé Maurey
Nicole Bonnefoy	Charles Guené	Pierre Médevielle
Martial Bourquin	Jean-Noël Guérini	Colette Mélot
Céline Brulin	Jocelyne Guidez	Franck Menonville
Henri Cabanel	Annie Guillemot	Michelle Meunier
Maryse Carrère	Loïc Hervé	Jean-Marie Mizzon
Daniel Chasseing	Jean-Michel	Jean-Pierre Moga
Laurence Cohen	Houllegatte	Marie-Pierre Monier
Pierre-Yves Collombat	Olivier Jacquin	Franck Montaigé
Catherine Conconne	Victoire Jasmin	Patricia Morhet-
Jean-Pierre Corbisez	Éric Jeansannetas	Richaud
Josiane Costes	Patrice Joly	Louis-Jean de Nicolaj
Roland Courteau	Gisèle Jourda	Pierre Ouzoulias
Cécile Cukierman	Joël Labbé	Cédric Perrin
Michel Dagbert	Françoise Laborde	Évelyne Perrot
René Danesi	Jean-Louis Lagourgue	Angèle Préville
Ronan Dantec	Robert Laufoaulu	Jean-Paul Prince
Jean-Pierre Decool	Pierre Laurent	Christine Prunaud
Bernard Delcros	Dominique de Legge	Michel Raison
Laurent Duplomb	Marie-Noëlle	Françoise Ramond
Alain Duran	Lienemann	Jean-Claude Requier
Corinne Féret	Anne-Catherine	Laurence Rossignol
Jean-Luc Fichet	Loïsier	Jean-Yves Roux
Martine Filleul	Jean-François Longeot	Pascal Savoldelli

Vincent Segouin
Nadia Sollogoub
Jean-Pierre Sœur
Jean-Claude Tissot

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Michel Amiel
Guillaume Arnell
Serge Babary
Julien Bargeton
Philippe Bas
Jérôme Bascher
Arnaud Bazin
Arnaud de Belenet
Martine Berthet
Annick Billon
*Jean-Marie Bockel
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
Bernard Bonne
Philippe Bonnecarrère
Pascale Bories
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-Espéronnier
Yves Bouloux
Jean-Marc Boyer
Max Brisson
Marie-Thérèse Bruguère
François-Noël Buffet
Bernard Buis
Olivier Cadic
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet
*Vincent Capo-Canellas
Jean-Noël Cardoux
Françoise Cartron
Joseph Castelli
*Alain Cazabonne
Bernard Cazeau
Anne Chain-Larché
Pierre Charon
Alain Chatillon
Marie-Christine Chauvin
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
*Olivier Cigolotti
Yvon Collin
Édouard Courtial
Pierre Cuyppers
Philippe Dallier
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe Daubresse
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Nathalie Delattre
Michel Dennemont
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Chantal Deseyne
*Yves Détraigne
Catherine Di Folco
*Nassimah Dindar

Maurice Antiste
Stéphane Artano

Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
Raymond Vaulle
Michel Vaspert

Ont voté contre :

Élisabeth Doineau
Philippe Dominati
*Daniel Dubois
Alain Dufaut
Catherine Dumas
Nicole Duranton
Jean-Paul Émorine
Dominique Estrosi Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Françoise Féret
Michel Forissier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-Maylam
André Gattolin
Frédérique Gerbaud
Bruno Gilles
Jordi Ginesta
Colette Giudicelli
*Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
*Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Véronique Guillotin
Abdallah Hassani
Claude Haut
Olivier Henno
Alain Houpert
Jean-Raymond Hugonet
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
*Jean-Marie Janssens
*Sophie Joissains
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Antoine Karam
Roger Karoutchi
Guy-Dominique Kennel
*Claude Kern
Laurent Lafon
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Christine Lanfranchi Dorgal
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
*Nuihau Laurey
Christine Lavarde
Ronan Le Gleut
Jacques Le Nay
Antoine Lefèvre
Jean-Pierre Leleux
Olivier Léonhardt
Henri Leroy
*Valérie Létard
Martin Lévrier
Brigitte Lherbier

Abstentions :

David Assouline
Anne-Marie Bertrand

Dominique Vérien
Michèle Vullien
Dany Wattebled

Gérard Longuet
*Pierre Louault
Michel Magras
Viviane Malet
Frédéric Marchand
*Hervé Marseille
Marie Mercier
Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Thani Mohamed Soilihi
*Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Robert Navarro
*Sylviane Noël
Claude Nougein
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Ladislav Poniatoski
Sophie Primas
Christophe Priou
Catherine Procaccia
Sonia de la Provôté
Frédérique Puissat
Isabelle Raimond-Pavero
Didier Rambaud
Jean-François Rapin
Noëlle Rauscent
Damien Régnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Charles Revet
Alain Richard
Marie-Pierre Richer
*Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Patricia Schillinger
Alain Schmitz
Bruno Sido
Jean Sol
*Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Claudine Thomas
Jean-Marie Vanlerenberghe
*Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Richard Yung

Jérôme Bignon
Jacques Bigot

Maryvonne Blondin	Marie-Pierre de la Gontrie	Jean-François Mayet
Yannick Botrel	Joël Guerriau	Rachel Mazuir
Michel Boutant	Laurence Harribey	Albéric de Montgolfier
Emmanuel Capus	Xavier Iacovelli	Marie-Françoise Perol- Dumont
Thierry Carcenac	Bernard Jomier	Rémy Pointereau
Patrick Chaize	Mireille Jouve	Claude Raynal
Hélène Conway- Mouret	Patrick Kanner	Sylvie Robert
Yves Daudigny	Éric Kerrouche	Gilbert Roger
Marc Daunis	Bernard Lalande	Simon Sutour
Gilbert-Luc Devinaz	Jean-Yves Leconte	Sophie Taillé-Polian
Jérôme Durain	Claudine Lepage	Rachid Temal
Vincent Éblé	Vivette Lopez	Jean-Marc Todeschini
Frédérique Espagnac	Jacques-Bernard Magner	Catherine Troendlé
Rémi Féraud	Claude Malhuret	André Vallini
Samia Ghali	Didier Marie	Sabine Van Heghe
Éric Gold		Yannick Vaugrenard

N'ont pas pris part au vote :

Annie Delmont- Koropoulis	Christine Herzog	Jean Louis Masson
Bernard Fournier	Claudine Kauffmann	Stéphane Ravier
	Fabienne Keller	

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	339
Nombre des suffrages exprimés	287
Pour l'adoption	103
Contre	184

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

*Lors de la séance du mercredi 5 juin 2019, Mme Sylviane Noël et M. Daniel Gremillet ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter pour.

*Lors de la séance du mercredi 5 juin 2019, M. Claude Kern a fait savoir qu'il aurait souhaité voter pour.

*Lors de la séance du jeudi 6 juin 2019, MM. Alain Cazabonne, Yves Détraigne, Daniel Dubois, Jean-Marie Janssens et Pierre Louault, et Mmes Nathalie Goulet, Valérie Létard, Denise Saint-Pé, Lana Tetuanui, et Sylvie Vermeillet ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter pour.

*Lors de la séance du jeudi 6 juin 2019, MM. Jean-Marie Bockel, Vincent Capo-Canellas, Hervé Marseille, et Mmes Sophie Joissains et Catherine Morin-Desailly ont fait savoir qu'ils auraient souhaité s'abstenir.

*Lors de la séance du jeudi 6 juin 2019, MM. Olivier Cigolotti et Nuihau Laurey et Mme Nassimah Dindar ont fait savoir qu'ils auraient souhaité ne pas prendre part au vote.

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, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	292
Pour	84
Contre	208

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Pour : 15 MM. Jean Bizet, René Danesi, Mme Annie Delmont-Koropoulis, MM. *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 : 120

Abstention : 7 Mme Anne-Marie Bertrand, M. Patrick Chaize, Mme Vivette Lopez, MM. Jean-François Mayet, Albéric de Montgolfier, Remy Pointereau, Mme Catherine Troendlé

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat - M. Bernard Fournier

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Pour : 34 M. Maurice Antiste, Mme Viviane Artigalas, MM. Claude Bérít-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, Mme Angèle Préville, Laurence Rossignol, MM. Jean-Pierre Sueur, Jean-Claude Tissot, Mme Nelly Tocqueville, M. Jean-Louis Tourenne

Abstention : 38

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 6 MM. Jean-François Longeot, Jean-Claude Luche, Hervé Maurey, Pierre Médevielle, Jean-Pierre Moga, Mme Évelyne Perrot

Contre : 45

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 13

Contre : 6 MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstention : 3 MM. Stéphane Artano, Éric Gold, Mme Mireille Jouve

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Pour : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Contre : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 1 M. Philippe Adnot

N'ont pas pris part au vote : 5

Ont voté pour :

Maurice Antiste
Cathy Apourceau-Poly
Viviane Artigalas
Éliane Assassi
Esther Benbassa
Claude Bérut-Débat
Alain Bertrand
Joël Bigot
Jean Bizet
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Martial Bourquin
Céline Brulin
Henri Cabanel
Maryse Carrère
Laurence Cohen
Pierre-Yves Collombat
Catherine Conconne
Jean-Pierre Corbisez
Josiane Costes
Roland Courteau
Cécile Cukierman
Michel Dagbert
René Danesi
Ronan Dantec
Annie Delmont-
Koropoulis
*Laurent Duplomb
Alain Duran
Corinne Féret

Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
Fabien Gay
Jacques Genest
Guillaume Gontard
Michelle Gréaume
Nadine Grelet-
Certenais
Charles Guené
Jean-Noël Guérini
Annie Guillemot
Jean-Michel
Houllegatte
Olivier Jacquin
Victoire Jasmin
Éric Jeansannetas
Patrice Joly
Gisèle Jourda
Joël Labbé
Françoise Laborde
Pierre Laurent
Dominique de Legge
Marie-Noëlle
Lienemann
Jean-François Longeot
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Jean-Claude Luche
Victorin Lurel
Philippe Madrelle

Christian Manable
Didier Mandelli
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Michelle Meunier
Jean-Pierre Moga
Marie-Pierre Monier
Frack Montaugé
Patricia Morhet-
Richaud
*Louis-Jean de Nicolaj
Pierre Ouzoulias
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Angèle Prévaille
Christine Prunaud
Michel Raison
Françoise Ramond
Jean-Claude Requier
Laurence Rossignol
Jean-Yves Roux
Pascal Savoldelli
Vincent Segouin
Jean-Pierre Sueur
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
Raymond Vall
Michel Vaspert

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Michel Amiel
Guillaume Arnell
Serge Babary
Julien Bargeton
Philippe Bas
Jérôme Bascher
Arnaud Bazin
Arnaud de Belenet
Martine Berthet
Jérôme Bignon
Annick Billon
Jean-Marie Bockel
Christine Bonfanti-
Dossat
François Bonhomme
Bernard Bonne
Philippe Bonhecarrère
Pascale Bories
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-
Espéronnier
Yves Bouloux
Jean-Marc Boyer
Max Brisson
Marie-Thérèse
Bruguère
François-Noël Buffet
Bernard Buis
Olivier Cadic
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet
Vincent Capo-
Canellas
Emmanuel Capus
Jean-Noël Cardoux

Françoise Cartron
Joseph Castelli
Alain Cazabonne
Bernard Cazeau
Anne Chain-Larché
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Marie-Christine
Chauvin
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Yvon Collin
Édouard Courtial
Pierre Cuypers
Philippe Dallier
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe
Daubresse
Jean-Pierre Decool
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Nathalie Delattre
Bernard Delcros
Michel Dennemont
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Nassimah Dindar
Élisabeth Doineau
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Alain Dufaut
Catherine Dumas

Nicole Duranton
Jean-Paul Émorine
Dominique Estrosi
Sassone
Jacqueline Eustache-
Brinio
Françoise Férat
Michel Forissier
Alain Fouché
Catherine Fournier
Christophe-André
Frassa
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-
Maylam
Françoise Gatel
André Gattolin
Frédérique Gerbaud
Bruno Gilles
Jordi Ginesta
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
*Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Grunty
Joël Guerriau
Jocelyne Guidez
Véronique Guillotin
Abdallah Hassani
Claude Haut
Olivier Henno
Loïc Hervé
Alain Houpert
Jean-Raymond
Hugonet
Benoît Huré

Jean-François Husson
Corinne Imbert
Jean-Marie Janssens
Sophie Joissains
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Antoine Karam
Roger Karoutchi
Guy-Dominique
Kennel
Claude Kern
Laurent Lafon
Jean-Louis Lagougue
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Christine Lanfranchi
Dorgal
Florence Lassarade
Robert Laufoaulu
Michel Laugier
Daniel Laurent
Nuihau Laurey
Christine Lavarde
Ronan Le Gleut
Jacques Le Nay
Antoine Lefèvre
Jean-Pierre Leleux
Olivier Léonhardt
Henri Leroy
Valérie Létard
Martin Lévrier
Brigitte Lherbier
Anne-Catherine
Loisier
Gérard Longuet
Pierre Louault
Michel Magras

Viviane Malet
Claude Malhuret
Alain Marc
Frédéric Marchand
Hervé Marselle
Colette Mélot
Franck Menonville
Marie Mercier
Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Thani Mohamed
Soilihi
Catherine Morin-
Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Robert Navarro
*Sylviane Noël
Claude Nougéin
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Ladislas Poniatowski
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Christophe Priou
Catherine Procaccia

Abstentions :

Stéphane Artano
David Assouline
Anne-Marie Bertrand
Jacques Bigot
Maryvonne Blondin
Yannick Botrel
Michel Boutant
Thierry Carcenac
Patrick Chaize
Hélène Conway-
Mouret
Yves Daudigny
Marc Daunis
Gilbert-Luc Devinaz
Jérôme Durain
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Rémi Féraud

Samia Ghali
Éric Gold
Marie-Pierre de la
Gontrie
Laurence Harribey
Xavier Iacovelli
Bernard Jomier
Mireille Jouve
Patrick Kanner
Éric Kerrouche
Bernard Lalande
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Vivette Lopez
Jacques-Bernard
Magner
Didier Marie
Jean-François Mayet

Sonia de la Provôté
Frédérique Puissat
Isabelle Raimond-
Pavero
Didier Rambaud
Jean-François Rapin
Noëlle Rauscent
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-
Garabedian
Bruno Retailleau
Charles Revet
Alain Richard
Marie-Pierre Richer
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Patricia Schillinger
Alain Schmitz
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Claudine Thomas
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Michèle Vullien
Dany Wattebled
Richard Yung

N'ont pas pris part au vote :

Bernard Fournier
Christine Herzog

Claudine Kauffmann
Fabienne Keller

Jean Louis Masson
Stéphane Ravier

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	340
Nombre des suffrages exprimés	290
Pour l'adoption	83
Contre	207

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

*Lors de la séance du mercredi 5 juin 2019, Mme Sylviane Noël et M. Daniel Gremillet ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter pour.

*Lors de la séance du jeudi 6 juin 2019, MM. Laurent Duplomb et Louis-Jean de Nicolaÿ ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter contre.

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, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	286
Pour	61
Contre	225

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Contre : 143

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Pour : 34 M. Maurice Antiste, Mme Viviane Artigalas, MM. Claude Bérít-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 Jacquín, 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

Abstention : 38

GRUPE UNION CENTRISTE (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

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARGE (23) :

Pour : 1 M. Bernard Buis

Contre : 22

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 13

Contre : 6 MM. Guillaume Arnell, Joseph Castelli, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstention : 3 MM. Stéphane Artano, Éric Gold, Mme Mireille Joue

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Contre : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Abstention : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 1 M. Philippe Adnot

N'ont pas pris part au vote : 5

Ont voté pour :

Maurice Antiste	Catherine Fournier	Jean-Claude Luche
Viviane Artigalas	Nadine Grelet-Certenais	Victorin Lurel
Claude Bérít-Débat	Jean-Noël Guérini	Philippe Madrelle
Alain Bertrand	Jocelyne Guidez	Christian Manable
Joël Bigot	Annie Guillemot	Hervé Maurey
Nicole Bonnefoy	Loïc Hervé	Michelle Meunier
Martial Bourquin	Jean-Michel Houllégatte	Jean-Pierre Moga
Bernard Buis	Olivier Jacquín	Marie-Pierre Monier
Henri Cabanel	Jean-Marie Janssens	Franck Montaugé
Maryse Carrère	Victoire Jasmin	Évelyne Perrot
Catherine Conconne	Éric Jeansannetas	Angèle Préville
Jean-Pierre Corbisez	Patrice Joly	Jean-Claude Requier
Josiane Costes	Gisèle Jourda	Laurence Rossignol
Roland Courteau	Joël Labbé	Jean-Yves Roux
Michel Dagbert	Françoise Laborde	Nadia Sollogoub
Ronan Dantec	Valérie Létard	Jean-Pierre Sueur
Yves Détraigne	Jean-François Longeot	Lana Tetuanui
Alain Duran	Jean-Luc Lozach	Jean-Claude Tissot
Corinne Féret	Monique Lubin	Nelly Tocqueville
Jean-Luc Fichet		Jean-Louis Tourenne
Martine Filleul		Raymond Vall

Ont voté contre :

Philippe Adnot	Christine Bonfanti-Dossat	Michel Canevet
Pascal Allizard	François Bonhomme	Vincent Capo-Canellas
Michel Amiel	Bernard Bonne	Jean-Noël Cardoux
Cathy Apourceau-Poly	Philippe Bonnacarrère	Françoise Cartron
Guillaume Arnell	Pascal Bories	Joseph Castelli
Éliane Assassi	Gilbert Bouchet	Alain Cazabonne
Serge Babary	Céline Boulay-Espéronnier	Bernard Cazeau
Julien Bargeton	Yves Bouloux	Anne Chain-Larché
Philippe Bas	Jean-Marc Boyer	Patrick Chaize
Jérôme Bascher	Max Brisson	Pierre Charon
Arnaud Bazin	Marie-Thérèse Bruguière	Alain Chatillon
Arnaud de Belenet	Céline Brulin	Marie-Christine Chauvin
Esther Benbassa	François-Noël Buffet	Guillaume Chevrollier
Martine Berthet	Olivier Cadic	Marta de Cidrac
Anne-Marie Bertrand	François Calvet	Olivier Cigolotti
Annick Billon	Christian Cambon	Laurence Cohen
Jean Bizet	Agnès Canayer	Yvon Collin
Jean-Marie Bockel		Pierre-Yves Collombat
Éric Bocquet		Édouard Courtial

Cécile Cukierman Pierre Cuypers Philippe Dallier René Danesi Laure Darcos Mathieu Darnaud Marc-Philippe Daubresse Robert del Picchia Vincent Delahaye Nathalie Delattre Bernard Delcros Annie Delmont-Koropoulis Michel Dennemont Gérard Dériot Catherine Deroche Jacky Deromedi Chantal Deseyne Catherine Di Folco Nassimah Dindar Élisabeth Doineau Philippe Dominati Daniel Dubois Alain Dufaut Catherine Dumas Laurent Duplomb Nicole Duranton Jean-Paul Émorine Dominique Estrosi Sassone Jacqueline Eustache-Brinio Françoise Férat Michel Forissier Bernard Fournier Christophe-André Frassa Pierre Frogier Joëlle Garriaud-Maylam Françoise Gatel André Gattolin Fabien Gay Jacques Genest Frédérique Gerbaud Bruno Gilles Jordi Ginesta Colette Giudicelli Guillaume Gontard Nathalie Goulet Sylvie Goy-Chavent Jean-Pierre Grand	Michelle Gréaume Daniel Gremillet François Grosdidier Jacques Groperrin Pascale Gruny Charles Guené Véronique Guillotin Abdallah Hassani Claude Haut Olivier Henno Alain Houpert Jean-Raymond Hugonet Benoit Huré Jean-François Husson Corinne Imbert Sophie Joissains Muriel Jourda Alain Joyandet Antoine Karam Roger Karoutchi Guy-Dominique Kennel Claude Kern Laurent Lafon Marc Laménié Élisabeth Lamure Christine Lanfranchi Dorgal Florence Lassarade Michel Laugier Daniel Laurent Pierre Laurent Nuihau Laurey Christine Lavarde Ronan Le Gleut Jacques Le Nay Antoine Lefèvre Dominique de Legge Jean-Pierre Leleux Olivier Léonhardt Henri Leroy Martin Lévrier Brigitte Lherbier Marie-Noëlle Lienemann Anne-Catherine Loisiert Gérard Longuet Vivette Lopez Pierre Louault Michel Magras Viviane Malet	Didier Mandelli Frédéric Marchand Hervé Marseille Jean-François Mayet Marie Mercier Sébastien Meurant Brigitte Micouleau Alain Milon Jean-Marie Mizzon Thani Mohamed Soilihi Albéric de Montgolfier Patricia Morhet-Richaud Catherine Morin-Desailly Jean-Marie Morisset Philippe Mouiller Philippe Nachbar Robert Navarro Louis-Jean de Nicolaj Sylviane Noël Claude Nougéin Pierre Ouzoulias Olivier Paccaud Jean-Jacques Panunzi Georges Patient François Patriat Philippe Paul Cyril Pellevat Philippe Pemezec Cédric Perrin Stéphane Piednoir Jackie Pierre Gérard Poadja Rémy Pointereau Ladislav Poniatowski Sophie Primas Jean-Paul Prince Christophe Priou Catherine Procaccia Sonia de la Provôté Christine Prunaud Frédérique Puissat Isabelle Raimond-Pavero Michel Raison Didier Rambaud Françoise Ramond Jean-François Rapin Noëlle Rauscent Damien Regnard André Reichardt	Évelyne Renaud-Garabedian Bruno Retailleau Charles Revet Alain Richard Marie-Pierre Richer Denise Saint-Pé Hugues Saury René-Paul Savary Michel Savin	Pascal Savoldelli Patricia Schillinger Alain Schmitz Vincent Segouin Bruno Sido Jean Sol Dominique Théophile Claudine Thomas Catherine Troendlé	Jean-Marie Vanlerenberghe Michel Vaspart Dominique Vérien Sylvie Vermeillet Jean-Pierre Vial Jean Pierre Vogel Michèle Vullien Richard Yung
Abstentions :					
Stéphane Artano David Assouline Jérôme Bignon Jacques Bigot Maryvonne Blondin Yannick Botrel Michel Boutant Emmanuel Capus Thierry Carcenac Daniel Chasseing Hélène Conway-Mouret Yves Daudigny Marc Daunis Jean-Pierre Decool Gilbert-Luc Devinaz Jérôme Durain Vincent Éblé Frédérique Espagnac Rémi Féraud	Alain Fouché Samia Ghali Éric Gold Marie-Pierre de la Gontrie Joël Guerriau Laurence Harribey Xavier Iacovelli Bernard Jomier Mireille Jouve Patrick Kanner Éric Kerrouche Jean-Louis Lagourgue Bernard Lalande Robert Laufoaulu Jean-Yves Leconte Claudine Lepage Jacques-Bernard Magner Claude Malhuret	Alain Marc Didier Marie Rachel Mazuir Colette Métot Franck Menonville Marie-Françoise Perol-Dumont Claude Raynal Sylvie Robert Gilbert Roger Simon Sutour Sophie Taillé-Polian Rachid Temal Jean-Marc Todeschini André Vallini Sabine Van Heghe Yannick Vaugrenard Dany Wattebled			
N'ont pas pris part au vote :					
Christine Herzog Claudine Kauffmann	Fabienne Keller Jean Louis Masson	Pierre Médevielle Stéphane Ravier			
N'ont pas pris part au vote :					
M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Marc Gabouty - qui présidait la séance.					
Les nombres annoncés en séance avaient été de :					
Nombre de votants 341					
Nombre des suffrages exprimés 287					
Pour l'adoption 62					
Contre 225					
Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.					